



3 1761 12061502 6





Digitized by the Internet Archive  
in 2024 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761120615026>











26  
551

27



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

## SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 6, 2003

Issue No. 14

**Sixth and seventh meetings concerning:**  
Mental health and mental illness

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

## SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 6 mai 2003

Fascicule n° 14

**Sixième et septième réunions concernant:**  
La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)





THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL  
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Roberston
Keon	Roche
Léger	Rossiter

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was  
amended as follows:

The name of the Honourable Senator Rossiter substituted for that  
of the Honourable Senator Kinsella (*May 2, 2003*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs:

* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Fairbairn, c.p	Robertson
Keon	Roche
Léger	Rossiter

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des  
membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Rossiter substitué à celui de  
l'honorable sénateur Kinsella (*le 2 mai 2003*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

MONTREAL, Wednesday May 6, 2003  
(19)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 8:35 a.m. this day, in the Monet room at the Crowne Plaza Montreal Centre, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, and Robertson (8).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee began its consideration of issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Institutes of Health Research:*

Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction.

*From Laval University:*

Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

*From the University of Montreal:*

Dr. Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

*From the University of Montreal:*

Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director, Centre of Excellence for Early Childhood Development.

*From the Université du Québec à Montréal:*

Mr. Henri Dorvil, Professor, School of Social Work;

Mr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie.

*From the Douglas Hospital:*

Mr. Eric Latimer, Health Economist.

Michel Maziade, Rémi Quirion and Laurent Mottron each made a presentation and answered questions.

At 10:34 a.m., the committee suspended.

At 10:47 a.m., the committee resumed.

**PROCÈS-VERBAUX**

MONTREAL, le mercredi 6 mai 2003  
(19)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 8 h 35, dans la salle Monet du Crowne Plaza Montréal Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Robertson (8).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité entreprend l'examen des questions soulevées par et depuis le dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et concernant plus particulièrement la santé mentale et la maladie mentale.

**TÉMOINS:**

*Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies.

*De l'Université Laval:*

Le docteur Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

*De l'Université de Montréal:*

Le docteur Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

*De l'Université de Montréal:*

Le docteur Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement des enfants, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

*De l'Université du Québec à Montréal:*

M. Henri Dorvil, professeur et chercheur, École de travail social;

M. Michel Tousignant, professeur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie.

*De l'Hôpital Douglas:*

M. Eric Latimer, économiste de la santé.

Michel Maziade, Rémi Quirion et Laurent Mottron font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 10 h 34, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 47, le comité reprend ses travaux.



Richard Tremblay, Henri Dorvil, Michel Tousignant and Eric Latimer each made a presentation and answered questions.

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

MONTREAL, Wednesday May 6, 2003  
(20)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:36 p.m., this day, in the Monet room at the Crowne Plaza Montreal Centre, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pêpin, and Robertson (8).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the Committee began its consideration of issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

*From the University of Montreal:*

Dr. Jean Wilkins, Professor and Paediatrician, Department of Paediatrics, Faculty of Medicine;

Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

*From the Louis-H. Lafontaine Hospital:*

Mr. Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living;

Dr. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes.

*From the Douglas Hospital:*

Dr. James Farquhar, Psychiatrist;

Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry, Associate Professor, McGill University.

*From the Douglas Hospital:*

Ms. Myra Piat, Rechercher;

Mr. Amparo Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division

Ms. Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Division;

Mr. Jacques Hendlisz, Director General;

Richard Tremblay, Henri Dorvil, Michel Tousignant et Eric Latimer font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 13 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

MONTREAL, le mercredi 6 mai 2003  
(20)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 36, dans la salle Monet du Crowne Plaza Montréal Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pêpin et Robertson (8).

*Également présents:* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi, 4 février 2003, le comité entreprend l'examen des questions soulevées par et depuis le dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et concernant plus particulièrement la santé mentale et la maladie mentale.

TÉMOINS:

*De l'Université de Montréal:*

Le docteur Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine;

La docteure Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

*De l'Hôpital Louis-H. Lafontaine:*

M. Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté;

Le docteur Pierre Lalonde, directeur, Clinique jeunes adultes.

*De l'Hôpital Douglas:*

Le docteur James Farquhar, psychiatre;

La docteure Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie, Professeure agrégée, Université McGill.

*De l'Hôpital Douglas:*

Mme Myra Piat, chercheuse;

M. Amparo Garcia, chef clinico-administrative, Division des services ultraspecialisés pour adultes;

Mme Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des services sectorisés pour adultes;

M. Jacques Hendlisz, directeur général;



Ms. Robyne Kershaw-Bellemare, Director of Nurses Services.

Mimi Israël, James Farquhar, Pierre Lalonde, Jean-Jacques Leclerc, Renée Roy and Jean Wilkins each made a presentation and answered questions.

At 3:45 p.m., the committee suspended.

At 4:00 p.m., the committee resumed.

Jacques Hendlisz, Robyne Kershaw-Bellemare, Myra Piat, Amparo Garcia and Manon Desjardins each made a presentation and answered question

At 5:40 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

Mme Robyne Kershaw-Bellemare, directrice des soins infirmiers.

Mimi Israël, James Farquhar, Pierre Lalonde, Jean-Jacques Leclerc, Renée Roy et Jean Wilkins font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 15 h 45, le comité suspend ses travaux.

À 16 heures, le comité reprend ses travaux.

Jacques Hendlisz, Robyne Kershaw-Bellemare, Myra Piat, Amparo Garcia et Manon Desjardins font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 17 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:



## EVIDENCE

MONTREAL, Tuesday, May 6, 2003

The Standing Senate committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 8:35 a.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**Chairman:** Welcome to the first of our hearings in Montreal. I thank our witnesses for coming on a rainy Montreal morning.

I will ask each of the witnesses to make a brief opening statement and then we will ask questions following the last presentation.

Our first witness is Dr. Michel Maziade, the Head of the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, from Laval University.

[*Translation*]

**Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Laval University:** Thank you honourable senators for listening to me this morning. I will summarize my brief in seven or eight minutes. Besides being a psychiatrist and head of the department, as you mentioned, Mr. Chairman, I am also a researcher on the identification of sick genes in schizophrenia and manic-depressive psychosis, two very widespread illnesses in Canada as well as in other western countries.

I also hold a Canada research chair in genetic psychiatry. I am a board member of our Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, which is headed by my colleague, Dr. Rémi Quirion.

I think that Canada and other western countries have trouble with the concept of mental health and mental illnesses. It is important for the committee to recognize that mental health and mental illness are two different things; they are two important concepts, but two very different ones.

For example, if I read the document you sent me, it clearly illustrates the point I am trying to make. The text reads as follows:

Mental health is each person's ability to feel things, to think and to act in a way that enables them to better enjoy life and better meet challenges.

However, your objective is accountability. I will come back to that a little later. The document also contains a chart on costs. Obviously, the costs you mention pertain to neuropsychiatric

## TÉMOIGNAGES

MONTREAL, le mardi 6 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à 8 h 35 aujourd'hui pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Je vous souhaite la bienvenue à notre première audience à Montréal. Je remercie les témoins d'être venus malgré la pluie qui tombe sur Montréal ce matin.

J'invite chacun des témoins à faire une brève déclaration préliminaire. Nous poserons des questions après avoir entendu tous les exposés.

Nous entendrons d'abord le Dr Michel Maziade, directeur du Département de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université Laval.

[*Français*]

**Le docteur Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie, Faculté de Médecine de l'Université Laval:** Je vous remercie, honorables sénateurs d'entendre mon opinion ce matin. Je vais la résumer en sept ou huit minutes. En plus d'être psychiatre et directeur du département, comme vous l'avez mentionné, monsieur le président, je suis aussi chercheur sur l'identification des gènes malades en ce qui a trait à la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive, deux maladies très répandues au Canada comme dans les autres pays occidentaux.

Je suis aussi le détenteur d'une chaire de recherche du Canada en génétique psychiatrique. Je suis membre du Conseil de notre Institut canadien de recherche en santé mentale et en neurosciences, dirigé par mon collègue, le Dr Rémi Quirion.

Je crois que nous avons dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales, au Canada comme dans les autres pays occidentaux, un problème de concept. Il est important pour la Commission de réaliser que la santé mentale et la maladie mentale sont deux choses différentes; ce sont deux concepts importants, mais deux concepts très différents.

Si je lis, par exemple, le document que vous m'avez fait parvenir, il illustre très bien le point que je veux soulever. Le texte dit que:

La santé mentale est la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière de mieux jouir de la vie et à mieux faire face aux défis.

Par contre, vous donnez comme objectif l'imputabilité, en anglais «accountability». J'y reviendrai un peu plus loin. Ensuite, on retrouve dans le document un tableau sur les coûts. Il est clair



illnesses and serious mental illnesses, which, in my humble opinion represent at least 70 to 80 per cent of the costs.

Schizophrenia alone affects one per cent of our citizens, who take up 4 to 7 per cent of Canada's hospital beds. A vague and fleeting concept such as mental health cannot lead us to the desired goal, either from a research standpoint or in terms of providing care.

Mental health does not call neuropsychiatric illnesses by their name, of which there are seven or eight, which are very widespread among children, adults and seniors.

It is now clearly established that neuropsychiatric illnesses such as schizophrenia, manic-depressive psychosis, recurring major depressions and autism are diseases of the brain that have clear indicators. Those indicators exist in this country. They can be compared to figures from other countries. It is far too difficult for the mental health problems, which range from anxiety as a trigger for an infarctus to the quality of life of AIDS sufferers.

The concept of mental health is an important one, but it is different from that of mental illness. Either the two concepts must be dealt with separately or we will have a decision to make to determine which of the two concepts should be adopted, given the available funds.

As a psychiatrist working both in practice and in research in an interdisciplinary context, I would like to underscore the fact that known neuropsychiatric illnesses are diseases of the brain, but with serious biopsychosocial consequences. I certainly do not object to an applied interdisciplinary approach to research or to the treatment of neuropsychiatric illnesses.

In fact, those who want to turn a blind eye to the scientific proof that widespread neuropsychiatric illnesses are diseases of the brain have missed the entire point.

[English]

**The Chairman:** Thank you very much. Our second speaker is Dr. Rémi Quirion, the Scientific Director at the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction with the CIHR, the Canadian Institutes of Health Research.

[Translation]

**Dr Rémi Quirion, Scientific Director of the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction:** It is a pleasure to be here with you this morning to give you some statistics and to express my views on the state of research on mental illnesses and mental health in Canada.

que les coûts que vous mentionnez ont trait aux maladies neuropsychiatriques et aux maladies mentales sévères, ce qui représente, à mon humble avis, au moins 70 p. 100 à 80 p. 100 des coûts.

La schizophrénie, à elle seule, touche 1 p. 100 de nos citoyennes et citoyens, qui occupe de 4 à 7 p. 100 des lits d'hôpitaux au Canada. Un concept flou et vaporeux comme la santé mentale ne peut pas nous mener à ce que nous voulons obtenir comme objectif, tant au point de vue de la recherche que du point de vue de la distribution des soins.

Je crois que la maladie mentale et la santé mentale sont deux concepts différents. Le concept de la santé mentale s'abstient de désigner par leur nom les maladies neuropsychiatriques, au nombre de sept ou huit, qui sont très répandues chez les enfants, chez les adultes et chez les personnes âgées.

Il est bien établi maintenant que les maladies neuropsychiatriques comme la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive, les dépressions majeures récidivantes et l'autisme sont des maladies du cerveau qui ont des indicateurs clairs. Ces indicateurs existent au pays. Ils peuvent être comparés aux chiffres des autres pays. Cela est beaucoup plus difficile pour les problèmes de santé mentale, qui vont de l'anxiété comme facteur déclencheur d'un infarctus jusqu'à la qualité de vie des malades affectés par le sida.

Le concept de santé mentale est un concept important, mais il est différent du concept de maladie mentale. Ou bien les deux concepts sont visés séparément ou bien on aura une décision à prendre pour savoir lequel des deux concepts on adoptera, compte tenu des fonds disponibles.

Comme psychiatre travaillant aussi en pratique et en recherche dans un contexte interdisciplinaire, j'insiste sur le fait que les maladies neuropsychiatriques connues sont des maladies du cerveau, mais avec de graves conséquences biopsychosociales. Mes idées ne vont nullement à l'encontre d'une approche interdisciplinaire appliquée à la recherche ou au traitement des maladies neuropsychiatriques.

D'ailleurs, c'est l'erreur d'interprétation que font souvent ceux qui veulent se soustraire à la réalité évidente et scientifiquement établie que les maladies neuropsychiatriques répandues sont des maladies du cerveau.

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie. Notre deuxième témoin est le Dr Rémi Quirion, directeur scientifique à l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui relève des IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada.

[Français]

**Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies:** C'est un plaisir d'être avec vous ici ce matin pour vous présenter quelques statistiques et exprimer ma position sur l'état de la recherche sur les maladies mentales et la santé mentale au Canada.

I would also like to thank the committee for holding these hearings. I think that they are very important. It is high time that we give greater priority and visibility to mental illness research in Canada.

We would like to commend the recommendations made by Senator Kirby's Senate Committee on Social Affairs to give Canadian institutes a certain percentage of the health budget for research purposes. This is very important and we are very pleased with this recommendation.

[English]

I want to make it very clear that the research in mental health and mental illnesses is underfunded in Canada compared with the costs to society. In 1998, the estimate was 14 billion dollars per year. It is likely to be higher today post-September 11, following the stress of the recent war and all of these things.

What about investment and research related to mental health and mental illnesses? It is hard to get complete data so I will talk here about the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. I do not have all the data for Health Canada and other governing councils.

Even at CIHR, it is not easy to dissect the relevance of mental illnesses compared with other aspects of brain research. However, the figure I have, which is partial at the moment, is in the range of about 40 million dollars per year for mental health, mental illnesses and addiction.

We need to increase funding in this critical area. I will argue that the model at CIHR, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction is the right one. It is a unique model. This is the first time we have put these elements together under one umbrella to try to stimulate collaboration among scientists interested in brain research.

Before I go in more detail about the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction in CIHR, I would like to emphasize that an important question to ask is: Why is research in mental health and mental illness underfunded compared with other areas?

[Translation]

Even with all the progress that has been achieved in medical research, it is still much more difficult to diagnose major depression than high-blood pressure or a cardiac problem, despite the knowledge of the two cardiologists, Senator Morin and Senator Keon. The brain is truly the last frontier. It is difficult to make an accurate diagnosis of brain-related illnesses.

Consequently, there tends to be some discrimination and stigmatization pertaining to mental illnesses and addictions. People with these afflictions still hide, people still are

J'aimerais aussi remercier le comité pour la tenue de ces audiences. Je pense qu'elles sont très importantes. Il est grand temps de mettre la recherche sur les maladies mentales en première position et sur la place publique au Canada.

Nous louons les recommandations du comité sénatorial des affaires sociales du sénateur Kirby d'allouer aux instituts canadiens un certain pourcentage du budget de la santé pour la recherche. C'est très important et nous sommes très heureux de cette recommandation.

[Traduction]

Je tiens à souligner que la recherche sur la santé mentale et les maladies mentales est sous-financée au Canada compte tenu des coûts que ces maladies entraînent pour la société. En 1998, ces coûts étaient évalués à 14 milliards de dollars par année. Ils sont vraisemblablement plus élevés aujourd'hui étant donné les événements du 11 septembre 2001, le stress occasionné par la guerre récente, etc.

Qu'en est-il des investissements et des recherches dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales? Comme il est difficile de recueillir des données complètes sur ce domaine, je me limiterai aux Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Je n'ai pas de données complètes pour Santé Canada et d'autres conseils subventionnaires.

Même pour les IRSC, il n'est pas facile de distinguer la recherche en santé mentale des recherches portant sur d'autres aspects du cerveau. Cependant, même si les chiffres que j'ai obtenus sont partiels, je dirais que les sommes investies dans le domaine de la santé mentale, des maladies mentales et des toxicomanies s'élèvent à environ 40 millions de dollars.

Il faut absolument subventionner davantage ce domaine de recherche capital. À mon avis, il faut privilégier le modèle des IRSC, notamment de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. C'est une formule unique car c'est la première fois qu'on a regroupé tous ces éléments afin de stimuler la collaboration entre les scientifiques intéressés par la recherche sur le cerveau.

Avant de vous parler plus longuement de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, qui relève des IRSC, j'aimerais souligner que nous devons nous poser une question importante: pourquoi la recherche dans le domaine de la santé mentale et des maladies mentales est-elle sous-financée comparativement à d'autres secteurs de recherche?

[Français]

Même avec les progrès de la recherche médicale, il est beaucoup plus difficile de diagnostiquer la dépression majeure qu'une hausse de tension artérielle ou un problème cardiaque, en dépit des connaissances de deux cardiologues, le sénateur Morin et le sénateur Keon. La dernière frontière, c'est vraiment le cerveau. Il y a des problèmes en termes de diagnostic précis des maladies associées au cerveau.

Il en résulte une certaine discrimination et stigmatisation des maladies mentales et des toxicomanies. On se cache encore, on a encore honte de souffrir d'une maladie mentale. Ceci fait que la



embarrassed about suffering from a mental illness. As a result, the family is not there to support the patient. The general public is not as knowledgeable as it should be. We are not exerting enough pressure on the various government levels, including the federal government, to provide adequate funding for research on mental health and mental illnesses.

The federal government and the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction must play a significant role in finding ways to reduce the discrimination against people suffering from mental illness and addiction in Canada.

My objective is that it should be as easy to talk about mental illness as it is about cancer and heart disease, without judging the individual suffering from the mental illness.

Because of this discrimination, there are not many strong charitable organizations that can really form an effective lobby at the government level.

The Canadian Institute of Mental Illness and Mental Health does play a role, but a very small one. We do not have the funds available to the National Cancer Institute, for example, in order to establish some kind of lobby. That, therefore, is another problem.

Another important point that has already been raised by my colleague, Michel Maziade, pertains to the dichotomy that exists between mental health and mental illness. Nobody can be against mental health, everybody is in favour of health, obviously. Nevertheless, we must not forget about the people who suffer from mental illness.

We, as the specialists in the field, must agree amongst ourselves, but also with you and the government leaders, that mental illnesses are indeed brain diseases. These are truly physical illnesses, brain diseases.

I mentioned that the Canadian Institutes of Health Research provide approximately \$40 million per year for mental illnesses and addictions.

Approximately \$50 million per year is spent on neuroscience research, research into the way that the brain and the neurons operate. This is not an insignificant hand out of money, but it needs to be increased, we have to go farther. We are in an excellent position to do so.

Canada is one of the world leaders in the area of neuroscience research. In terms of the impact of our discoveries in neuroscience, we rank second or third. We therefore have excellent capacity. We are quite strong in the area of mental health. We need to do some rebuilding on the addiction side: we lost many of our significant researchers in the 90s.

famille n'est pas là pour supporter le malade. Le grand public n'est pas aussi connaissant qu'il devrait l'être. On ne met pas suffisamment de pression sur les différents niveaux de gouvernement, incluant le gouvernement fédéral, pour financer adéquatement la recherche en santé mentale et sur les maladies mentales.

Le gouvernement fédéral et l'Institut neurosciences, santé mentale et toxicomanies doivent jouer un rôle majeur afin de trouver des moyens pour diminuer la discrimination contre les personnes atteintes de maladie mentale et souffrant de toxicomanie au Canada.

Mon objectif est qu'il soit aussi facile de parler de cancer et de maladies cardiaques que de maladies mentales, sans jugement de la personne qui souffre de la maladie mentale.

À cause de cette discrimination, il n'y a pas beaucoup d'organismes bénévoles puissants qui peuvent vraiment avoir un lobby efficace au niveau du gouvernement.

L'Institution canadienne des maladies mentales et santé mentale est présente, mais très petite. On n'a pas les fonds que le National Cancer Institute, par exemple, peut avoir pour faire un certain lobby. C'est donc un autre problème.

Un autre point important qui a déjà été souligné par mon collègue, Michel Maziade, concerne la dichotomie entre la santé mentale et la maladie mentale. Personne ne peut être contre la santé mentale, tout le monde est pour la santé, évidemment. Il ne faut toutefois pas oublier les personnes qui souffrent de maladie mentale.

Il faut se mettre d'accord entre nous, spécialistes dans le domaine, mais aussi avec vous et avec les dirigeants gouvernementaux, à savoir que les maladies mentales, ce sont des maladies du cerveau. Ce sont vraiment des maladies physiques, des maladies du cerveau.

J'ai mentionné qu'environ 40 millions de dollars par an viennent des Instituts de recherche en santé du Canada, ayant comme cible les maladies mentales et les toxicomanies.

On peut imputer à cette somme environ 50 millions de dollars par an pour des recherches en neurosciences, des connaissances du fonctionnement du cerveau et des connaissances du fonctionnement des neurones. Ce n'est pas négligeable, mais il faut l'augmenter, il faut aller plus loin. Nous sommes en excellente position pour le faire.

Le Canada est une des forces en recherche en neurosciences à travers le monde. On s'est classé deuxième ou troisième à travers le monde pour l'impact de nos découvertes en neurosciences. On a donc une bonne capacité. On est assez fort aussi en santé mentale. Il faut reconstruire du côté toxicomanies: nous avons perdu plusieurs de nos grands chercheurs dans les années 1990.

*[English]*

By putting all these specialists together at the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, we have a unique opportunity to have a great impact — not only in terms of discovery of the cause of mental illnesses but also to better treatment for Canadians that suffer from these diseases.

For example, there is a substance in our brain called dopamine. A person with too much can develop schizophrenia; a person with too little can develop Parkinson's disease. Dopamine is also important in addiction. Therefore, rather than having the neurologists, the psychiatrists and the addiction specialists working in their own corners, we try to put them together. At the end of the day, I think, the impact of their research will be much greater.

To give you a sense of what we do, I have provided information on our strategic plan and a summary of what we have been doing over the past few years. I would like to describe some of the more recent initiatives at the institute. We have supported a training ground to train the next generation of scientists: One on suicide here at the Université du Québec in Montreal; two on autism, one at McGill and one at Queen's University; two on tobacco abuse; one on mental health in First Nation; and two in health services research on or how to improve treatment. A grant of \$15 million covers these projects.

We also have a new emerging teams program, which promotes the development of multidisciplinary research teams. We have also undertaken programs addressing Fetal Alcohol Syndrome, FAS, and Post-Traumatic Stress Disorder, and a national placebo initiative. We also have a program on discrimination. We are now sponsoring a team at the University of Victoria in on trying to find better ways to reduce stigma against people suffering from mental disorders. We need your support on that one; it is a key program at the institute.

The question of ethics is closely related and very important to mental health issues and mental illnesses. I have submitted a copy of our call for applications for a neuroethics program to provide you with a little more detail on what is different in terms of ethics when you think about mental illnesses compared with some other disorders.

Knowledge translation is another important area. It is important to ensure that the work of scientists such as Michel Maziade and Laurent Mottron is translated into practice — that it is not left on the shelf.

*[Traduction]*

En rassemblant tous ces spécialistes au sein de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, nous avons une occasion exceptionnelle d'accroître les retombées de nos recherches, non seulement pour ce qui est d'élucider les causes de la maladie mentale mais également d'améliorer le traitement des Canadiens et des Canadiennes affligés de ces maladies.

Je vous donne un exemple. Le cerveau humain contient de la dopamine. Or, un excès de dopamine peut entraîner la schizophrénie, alors qu'une quantité insuffisante de cette même substance peut causer la maladie de Parkinson. La dopamine joue également un rôle important dans la toxicomanie. Voilà pourquoi nous avons essayé de rassembler des neurologues, des psychiatres et des spécialistes du traitement de la toxicomanie qui jusque-là travaillaient de façon isolée. Grâce à cette mise en commun des compétences, leurs recherches auront sans doute des retombées beaucoup plus considérables.

J'ai préparé de l'information sur notre plan stratégique ainsi qu'un résumé de nos activités des dernières années pour vous donner une idée de ce que nous faisons. Je vais passer en revue certains des projets récents de l'Institut. Nous appuyons un centre qui contribuera à la formation de la prochaine génération de scientifiques: un de ces centres, qui porte sur le suicide, est situé à l'Université du Québec à Montréal; il y en a deux sur l'autisme, dont l'un à l'Université McGill et l'autre à l'Université Queen's. Nous contribuons également à d'autres centres de ce genre, dont deux portent sur l'usage du tabac, l'un sur la santé mentale des Premières nations et deux, sur la recherche sur les services de santé, c'est-à-dire sur les moyens d'améliorer les traitements. Ces différents projets bénéficient d'une subvention de 15 millions de dollars.

Nous avons également un nouveau programme de subventions aux équipes en voie de formation qui favorise la formation d'équipes de recherche multidisciplinaires. Nous avons également mis sur pied des programmes de recherche sur le syndrome d'alcoolisme foetal et sur l'état de stress post-traumatique, de même qu'un projet national sur les placebos. Nous avons également un programme sur la discrimination. Nous subventionnons les travaux d'une équipe de l'Université de Victoria qui cherche à trouver les meilleurs moyens de combattre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Du reste, nous avons besoin de votre soutien à cet égard, car c'est un des programmes essentiels de l'Institut.

La question de l'éthique est étroitement liée à la recherche sur la santé mentale et les maladies mentales et elle revêt beaucoup d'importance. Je vous ai remis une copie de notre appel de demandes relativement à un programme de neuroéthique, afin de vous donner plus de précisions sur les facteurs différents dont il faut tenir compte lorsqu'on fait des recherches sur une maladie mentale par rapport à des recherches sur d'autres maladies.

La mise en application des connaissances est également importante. Il faut faire en sorte que les résultats des travaux de scientifiques comme Michel Maziade et Laurent Mottron soient traduits dans la pratique, au lieu d'accumuler la poussière sur les étagères.



Finally, where do we go from here? We will be undertaking national strategies on tobacco abuse and nicotine addiction, suicide, neurogenetics, gambling and addiction. We have our work set out over the coming years.

We have two recommendations: First, increase funding for neurosciences, mental health and addiction research in Canada, and second, a national action plan for research in the field for this country. Of course, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction will be very pleased to play a key role on that one.

[Translation]

**Dr. Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Montreal:** Thank you for giving me the opportunity to present opinions which come from 15 years of clinical research in the field of neurosciences and developmental disorders.

I am a research physician responsible for a specialized clinic working in the area of autism, which is a field that combines development neurology and psychiatry.

My remarks will emphasize two points that are mainly organizational and legislative and that seem to me to have the possibility of significantly improving the quality of psychiatric research in Canada.

My first point deals with clinical research in the hospital setting. I will take a simple example. To fund my scientific research, I obtain a grant of some \$130,000 a year from the Canadian Institutes of Health Research, which is not really very much money.

Moreover, in order to have subjects for my research and a specialized clinic, it costs about \$300,000 a year at the hospital. That means that the costs of clinical research are paid mainly by the hospital and do not count as research costs.

What makes the situation much worse is that it is generally the hospitals that decide on their own whether to invest in a specialized clinic that will be used for research or whether to allow clinicians to concentrate on their practices. Some physicians in clinical practice have no interest in research.

So my point is that two things seem to be changing where clinical research in hospitals is concerned. It seems to me that clinicians have too much leeway with respect to research requirements.

They can decide not to do research and, even though they have a scientific background, they can decide to practice without any involvement in research.

Enfin, quelles sont nos orientations futures? Nous allons élaborer des stratégies nationales sur l'usage du tabac et la dépendance à la nicotine, le suicide, la neurogénéétique, le jeu pathologique et la toxicomanie. Voilà nos domaines de travail pour les prochaines années.

J'ai deux recommandations à vous adresser. Premièrement, il faudrait accroître le financement des recherches dans le domaine des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies au Canada. Deuxièmement, il faudrait tracer un plan d'action national pour les recherches dans ce domaine. Bien entendu, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies sera très heureux de jouer un rôle primordial à cet égard.

[Français]

**Le docteur Laurent Mottron, chercheur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal:** Je vous remercie de me donner l'occasion de présenter les opinions qui viennent d'une quinzaine d'années de recherche clinique dans le domaine des neurosciences et des troubles du développement.

Je suis médecin chercheur et responsable d'une clinique spécialisée qui travaille dans un domaine intermédiaire entre la neurologie du développement et la psychiatrie: l'autisme.

Dans mon intervention, je veux insister sur deux points plutôt organisationnels et législatifs, qui me paraîtraient pouvoir augmenter de façon significative la qualité de la recherche en psychiatrie au Canada.

Mon premier point traite de la recherche clinique dans le cadre des hôpitaux. Je vais partir d'un exemple simple. Pour financer ma recherche scientifique, j'obtiens des Instituts canadiens de recherche en santé environ 130 000 \$ par an, ce qui est en fin de compte assez peu.

Par ailleurs, pour avoir les sujets sur lesquels se font ma recherche, pour avoir une clinique spécialisée, il en coûte environ de 300 000 \$ par an à l'hôpital. Ceci veut dire que lorsqu'on fait de la recherche clinique, le coût principal est en général défrayé par l'hôpital et n'est pas un coût de recherche.

Ce qui est beaucoup plus grave, c'est que les hôpitaux sont en général les seuls à décider s'ils investissent dans une clinique spécialisée qui servira à la recherche ou s'ils donnent libre cours aux cliniciens dans leur pratique. Dans certains cas, on retrouve des cliniciens qui n'ont aucun souci de la recherche.

Mon point est donc le suivant: deux choses semblent à modifier dans le cadre de la recherche clinique dans les hôpitaux. Premièrement, le niveau de liberté dont bénéficient les cliniciens en ce qui a trait à la recherche me semble actuellement trop important.

Les cliniciens peuvent décider de ne pas faire de recherche, et bien qu'ils soient de formation scientifique, ils peuvent décider de faire une pratique complètement déconnectée de la recherche.

On the other hand, hospitals do not have the funding needed to enable some of their clinical physicians to carry out research. It is still very difficult for physicians and non-physicians to spend part of their time on research without having the status of full-time or half-time clinical researcher.

Another aspect of this suggestion relates to the status of Ph.D.s in hospitals. Although their careers are entirely devoted to research, these people are at a lower level in the hierarchy than physicians. It is very difficult, for example, for a non-physician Ph.D. to head up a specialty in a hospital. It seems to me that that should be changed.

My second point is quite different. We are talking today about mental health research. There are a certain number of brain disorders that, traditionally or because of the efforts of lobby groups, come under the heading of mental illness: I talked about mental retardation and autism.

Many lobby groups insisted that autism be “removed” from psychiatry. This has had a lot of beneficial effects. It had resulted in autism — in part as to integrate those affected and help them lead normal lives — has been shifted completely to regular schools and rehabilitation centres.

Now we need to look at the negative and troubling side of this development. “Removing” autism and development disorders in general, such as mental retardation, from psychiatry has led, in my opinion, to a huge drop in the expertise brought to bear in working with these people.

When an autistic child is in a regular school, the teacher applying a rehabilitation method is under no constraint to take a scientific approach. The method can be completely unscientific.

I am highlighting the perverse effect of what is basically a very good idea, that is, to help people with development problems lead normal lives and integrate them into a regular system.

**Senator Pépin:** When you say that people are less aware when it comes to mental illnesses, there is also the fact that they are afraid, since this is definitely a medical area that is not well-known but that people would like to know more about. There is still a lot of fear about mental illness.

Although I worked as a nurse in a psychiatric hospital for a couple of months, that was a very long time ago. I am certainly not an expert in that field.

But it is important to be out there and to get the message out. But when people realize just how much research you do, it is easy to understand why it is very difficult to get things done.

I read that by the year 2020, many more young people will have mental health problems. I therefore think it is high time to tackle the problem and demand the necessary funding for research.

Par ailleurs, les hôpitaux n'ont pas d'aide financière pour permettre à certains de leurs cliniciens de participer à des tâches de recherche. Il reste très difficile pour des médecins ou des non-médecins de consacrer une part de leur temps à la recherche sans obtenir, de façon absolue ou à mi-temps, le statut de recherche clinicien.

Une autre corrélation reliée à cette suggestion concerne le statut des Ph.D. dans les hôpitaux. Ce sont des gens dont la carrière est entièrement consacrée à la recherche, mais ils sont dans une situation hiérarchiquement inférieure à celle des médecins. Il est, par exemple, très difficile pour un Ph.D. non-médecin de diriger une clinique spécialisée dans un hôpital. Il me semble que cela devrait être changé.

Mon deuxième point est tout à fait différent. Nous parlons aujourd'hui de la recherche en santé mentale. Il existe un certain nombre de maladies du cerveau qui, traditionnellement ou par l'action des groupes de lobbying, relèvent de la maladie mentale: j'ai parlé de la déficience intellectuelle et de l'autisme.

Beaucoup de groupes de lobbying ont insisté pour ce qu'ils appellent «sortir» l'autisme de la psychiatrie. Cela a eu beaucoup d'aspects bénéfiques. Le résultat est que l'autisme — pour des raisons aussi d'intégration et de normalisation —, est complètement pris en charge par les écoles régulières et les centres de réadaptation.

Il faut maintenant voir le côté négatif et inquiétant de cet aspect. Le fait d'avoir «sorti» l'autisme de la psychiatrie et des troubles du développement en général, comme la déficience intellectuelle, se traduit, à mon avis, par une impressionnante baisse de technicités des prises en charge effectuées.

Lorsqu'un autiste est dans une école régulière, l'enseignant qui applique une méthode réadaptative n'a, en fait, aucune contrainte quant au niveau de scientificité des méthodes qu'il applique. Il peut fonctionner complètement hors science.

J'insiste sur l'effet pervers de ce qui, au départ, est une très bonne idée, soit la normalisation des personnes qui ont des problèmes de développement, et le fait de les intégrer dans un système régulier.

**Le sénateur Pépin:** Lorsque vous dites qu'on connaît moins ce qui se fait en maladies mentales, on est aussi effrayé, en ce sens que c'est définitivement un domaine médical qu'on ne connaît pas mais qu'on aimerait connaître. On est encore très craintif à ce sujet.

Même si j'ai passé quelques mois en tant qu'infirmière dans un hôpital psychiatrique, cela fait déjà très longtemps de cela. Je me sens tout à fait incertaine dans ce domaine.

On réalise donc l'importance d'être beaucoup plus visible et d'en parler de plus en plus. Évidemment, lorsqu'on voit le montant de recherche que vous faites, on comprend une des raisons pour lesquelles c'est très difficile de fonctionner.

J'ai lu dans des documents que vers l'année 2020, on verra un pourcentage très élevé de jeunes qui souffriront de maladie mentale. Je pense donc qu'il est grand temps qu'on s'y attarde et qu'on réclame les fonds nécessaires pour la recherche.



I will probably make some wrong assumptions, since you reeled off so many names of associations, but please feel comfortable, because we have with us two illustrious doctors who know everything, whereas we have everything to learn.

Is there a national mental health research program or a program dealing with the different kinds of mental illnesses? Does Canada have an umbrella organization today? Who would manage and fund such an organization?

Do we have a national organization which is on top of the latest developments in the field?

**Dr. Quirion:** We do have a new organization, which was created three years ago, and which is called the Canadian Institutes of Health Research. I am in charge of one of these institutes, the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction. It is a kind of umbrella organization. Dr. Michel Maziade sits on the board of directors.

However, we do not really have an integrated national research network on depression, for instance, along with a Canada-wide network. There are only a handful of embryonic organizations.

Usually a researcher and some of his or her colleagues work in close cooperation, but not usually on a national scale. I do not think we necessarily need a national network dedicated to mental illnesses, because researchers must work together when they share the same views and not just because they may share an interest in a particular area. However, team work should be promoted and Michel Maziade heads a fairly important team.

**Senator Pépin:** In other medical area, there is a certain interaction. I understand that your organization collects data from many sources.

Is there interaction? Do you have the necessary funding to bring people together?

**Dr. Quirion:** Yes, there is a fair amount of collaboration. Another advantage we Canadians have over our American colleagues is that there is a lot of collaboration amongst Canadian teams. It is easier to work together. So if we have the means to fulfil our intentions, I think our research will have a much greater impact.

**Dr. Maziade:** I would like to add, senator, that another reason why we are lagging, apart from the reasons mentioned by Dr. Quirion, namely ostracism and guilt, is the fact that families affected by neuropsychiatric illnesses stay hidden. Rich families who may have a member with a neuropsychiatric illness...

**Senator Pépin:** Do not want to get involved.

**Dr. Maziade:** You will see them make donations for cancer research. Corporations compete with one another. At the beginning of the 1970s, there was an anti-medical movement in the West. In Canada, the movement appeared in Quebec. This, of course, hindered networking.

Je vais probablement faire des erreurs parce que je vous ai entendu prononcer les noms de toutes vos associations mais, en fait, sentez-vous bien à l'aise, parce qu'on a deux éminents docteurs qui savent tout, alors que nous, nous avons tout à apprendre.

Y a-t-il un programme national de recherche en santé mentale ou en maladies mentales? Cela existe-il en ce moment, à l'échelle nationale, où tout le monde travaille ensemble? Et par qui est-il géré et financé?

Y a-t-il un organisme national qui est au courant de tout ce qui se produit?

**Dr. Quirion:** L'organisme national en émergence, qui existe depuis trois ans, s'appelle Les Instituts canadiens de recherche en santé. Donc, l'institut que je dirige aux Instituts canadiens, l'Institut de recherche en neurosciences, santé mentale et toxicomanies est un genre de chapeau national. Le Dr Michel Maziade fait partie du conseil d'administration.

Par contre, il n'y a pas vraiment de réseau intégré national de recherche sur la dépression, par exemple, avec un réseau pancanadien. Il n'y a que des embryons, et très peu.

Il demeure encore le chercheur et quelques collègues qui travaillent un peu en collaboration, mais pas très souvent à l'échelle nationale. Je ne pense pas qu'il soit absolument nécessaire d'avoir un réseau national dans tous les domaines des maladies mentales parce que les chercheurs doivent travailler ensemble s'ils ont des affinités personnelles, et non seulement selon les sujets traités. Par contre, on devrait promouvoir un peu plus le travail en équipe, et Michel Maziade dirige une équipe assez importante.

**Le sénateur Pépin:** On voit dans différents autres domaines médicaux, qu'il peut y avoir une certaine interaction. Je comprends que votre organisme ramasse les données de ce qui se fait à peu près partout.

Y a-t-il de l'interaction? Avez-vous assez de fonds pour permettre à tous les gens de travailler tous ensemble?

**Dr. Quirion:** Il y a quand même beaucoup de collaboration. L'autre avantage que nous avons au niveau canadien comparativement à nos collègues américains, c'est qu'il y a beaucoup plus de collaboration entre les équipes au Canada. C'est plus facile de collaborer. Donc, si nous avons les moyens qui correspondent à nos intentions, je pense que l'impact de notre recherche serait beaucoup amélioré.

**Dr. Maziade:** J'ajouterais à cela, sénateur, que ce qui nous a retardés, en plus des raisons mentionnées par le Dr Quirion, soit l'ostracisme et la culpabilité, c'est que les familles atteintes par les maladies neuropsychiatriques se cachent. Les familles riches atteintes par les maladies neuropsychiatriques...

**Le sénateur Pépin:** Ne veulent pas s'impliquer.

**Dr. Maziade:** Elles vont plutôt donner des fonds pour le cancer. Il y a des luttes entre les corporations. On a vu, au début des années 1970 un mouvement antimédical dans tous les pays occidentaux. Au Canada, on l'a vu au Québec. Et cela a nuit au réseautage.

But it also hinders, which leads me back to my point, the development of concepts. We have to talk about these illnesses. I realize that your objectives include setting priorities, finding the right indicators and comparing them to other countries.

But to reach these objectives, there is no getting around talking about mental illnesses. You have to talk about schizophrenia and manic-depressive psychosis, which alone affect over a million Canadians, as you probably know. Some people are hit with these illnesses by the age of 20. Ten per cent commit suicide when they are still young and others are affected for the rest of their lives.

Another 2 per cent of the population suffers from recurring major depression and 8 per cent suffer from major depression their entire life. And if you consider that eight or nine neuropsychiatric illnesses for which we now have clear scientific data, in my humble opinion, it will be easier for you to set priorities and to look at Canada as a whole.

Right now, if you look at Canada's mental health policy and Quebec's, it is difficult to find the word "schizophrenia." You find the expressions "severe and persistent problems," which are catch-all phrases, that have a non-medical, anti-psychiatric origine. You find that the term "psychiatrised." In cardiology, you never say "a cardiologized patient." You say a person, a patient suffering from infarctus or ischemic heart failure.

In the Canadian government policy, you do not say cellular health, you say cancer. And you talk about every type of cancer. So I think that in our field, one must talk about schizophrenia. There are clear, international indicators of manic-depressive psychosis, severe hyperactivity, et cetera. The syndromes exist.

It took several years for the WHO to say something very simple. The WHO worked for several decades before realizing it was important to have a good medical diagnostic tool in the health sector to establish and assess the care, distribution of care and research.

In our field — and I am sure you will notice this during your study — the concepts are vague. And it will be difficult to find people who will talk about neuropsychiatric illnesses and diseases of the brain, who talk about the concept of mental illnesses rather than the concept of mental health.

**Senator Pèpin:** It is because people are very scared to speak out. People want to know more, to work on the problem, but they feel they are venturing into the unknown. This is the first time I have opened a document and when reading it, I realize I do not understand it very well.

**Dr. Maziade:** Senator Pèpin, we must bear in mind that 750,000 Canadians who suffer from schizophrenia and manic-depressive psychosis are between the ages of 16 and 75. And you will ask yourself the following question: Where are they, since they are no longer in institutions?

Mais cela nuit — je reviens sur mon point —, surtout au niveau des concepts. On doit parler des maladies. J'ai compris que vos objectifs étaient d'établir des priorités, de trouver les bons indicateurs, et de comparer les indicateurs aux autres pays.

Pour atteindre ces objectifs il faut absolument parler de maladies mentales. Vous devez parler de schizophrénie et de psychose maniaco-dépressive qui, à elles seules, touchent plus de un million de Canadiens, comme vous le savez sans doute. Certains tombent malades à l'âge de 20 ans. Dix pour cent se suicident en jeune âge, d'autres sont malades toute leur vie.

Un autre 2 p. 100 de la population souffre de dépression majeure récidivante, et 8 p. 100 souffre de dépression majeure toute leur vie. Et si vous tenez compte des huit ou neuf maladies neuropsychiatriques sur lesquelles nous avons des données scientifiques maintenant claires, il vous sera, à mon humble avis, plus facile d'établir des priorités et de regarder l'ensemble du Canada.

Actuellement, lorsqu'on examine la politique de santé mentale du Canada et la politique de santé mentale du Québec, il est difficile de trouver le mot «schizophrénie». On trouve les expressions «troubles sévères et persistants», qui sont des concepts fourre-tout, qui ont une origine antimédicale, antipsychiatrique. On retrouve le terme «psychiatisé». Dans le domaine de la cardiologie, on ne dit pas: un malade cardiologisé. On dit une personne, un patient qui souffre d'infarctus ou d'insuffisance coronarienne.

On ne dit pas, dans la politique du gouvernement canadien, la santé cellulaire; on dit: le cancer. Et on parle de chaque type de cancers. Donc, je crois que dans notre domaine, il faut parler de schizophrénie. Il existe des indicateurs clairs, internationaux, de psychose maniaco-dépressive, d'hyperactivité sévère, et cetera. Les syndromes existent.

D'ailleurs, après plusieurs années, l'OMS en est venue à dire une chose bien simple. L'OMS a travaillé pendant plusieurs décennies avant de se rendre compte qu'il fallait un bon diagnostic médical dans le domaine de la santé pour pouvoir établir et évaluer les soins, la distribution des soins et la recherche.

Dans notre domaine — et vous allez sans doute le remarquer durant votre enquête — les concepts sont flous. Et ce sera difficile d'avoir des gens qui parlent de maladies neuropsychiatriques et de maladies du cerveau, qui parlent du concept des maladies mentales plutôt que du concept de santé mentale.

**Le sénateur Pèpin:** C'est parce que c'est un domaine où on est très craintif. On veut en savoir plus, on veut travailler, mais on sent qu'on s'en va dans un domaine inconnu. C'est la première fois que j'ouvre un dossier et en le lisant, je me rends compte que je ne le comprends pas très bien.

**Dr Maziade:** Sénateur Pèpin, nous devons garder en mémoire que 750 000 Canadiens et Canadiennes, qui souffrent de schizophrénie et de psychose maniaco-dépressive, sont âgés entre 16 et 75 ans. Et vous allez vous poser la question: où sont-ils, puisqu'on a les désinstitutionnalisés?



Where are the new patients? Twenty per cent of schizophrenic patients still do not respond to drugs and are readmitted to hospital.

In other words, if you talk about illness and think in terms of illness, I think that some of your concerns will disappear. I think we must stop waffling and call a spade a spade. That is a basic concept that Canada has not yet grasped.

**Dr. Quirion:** Perhaps we could draw an analogy with cancer research. At the end of the 1950s and the beginning of the 1960s, everyone was very scared of cancer. Breast cancer, for example, meant a quick death.

Heart problems were viewed very much the same way. Now, in terms of our understanding, we may be late in the field of brain research. It is a little more complicated.

The time is now. There is a great deal of expertise in Canada because of the national health care system. That allows us to collect data and to have data banks that are much more impressive than in the United States. Take the new genome research, for example.

I think we could have a major impact and we should not be afraid to forge ahead. If we forge ahead with the expertise we currently have, we will succeed in finding the causes of brain diseases and of mental illnesses.

[English]

**The Chairman:** I have one supplementary question. I always use Alzheimer's as the example of something; it used to be that older people were "senile" or they were just "old" Now the public uses the word Alzheimer's.

All three of you made comments that deal with what I would call really obvious illnesses. You talked about bipolar; you talked about schizophrenia; you talked about autism. Where does the notion of "common depression" fit in the research agenda? Does it have a place or is it essentially like the common cold in that it is sufficiently uninteresting from a research standpoint and most people can live with it — sometimes with medication — so it never gets to the research agenda.

I ask this because Dr. Quirion said, for example, there is no national focus on depression or stress-related diseases. However, the data indicates that the percentage of Canadians who suffer at least some element of mild depression — I do not know if the term is mental illness — is growing very rapidly. There is an increased demand for services — not only from psychiatrists, but also from psychologists, social workers. Many family practitioners are now spending one third or half of their time acting as counsellors, because it is the only way they can get it covered under medicare.

Les nouveaux malades, où sont-ils? Il y a encore 20 p. 100 de patients schizophrènes qui résistent aux médicaments et qui sont admis de nouveau à l'hôpital.

Autrement dit, si vous parlez de maladie et vous pensez en termes de maladie, je crois que certaines de vos inquiétudes disparaîtront. Il faut, je pense, cesser de faire la langue de bois et appeler les choses et les maladies par leur nom. C'est un aspect conceptuel de base qui n'a pas encore été atteint au Canada.

**Dr Quirion:** Nous pourrions peut-être faire une analogie avec la recherche sur le cancer. À la fin des années 1950 et au début des années 1960, on avait très peur du cancer. Le cancer du sein, par exemple, signifiait une mort rapide.

Même face aux problèmes cardiaques, à ce moment-là, la crainte était énorme. À l'heure actuelle, en termes de niveau de connaissance, on est peut-être en retard dans le domaine des recherches sur le cerveau. C'est un peu plus compliqué.

En anglais, on dit souvent: «The time is now.» On a vraiment beaucoup d'expertise au Canada à cause du système de santé national. Cela permet d'avoir des collectes de données et des banques de données beaucoup plus impressionnantes que ce qu'il peut y avoir aux États-Unis. Je pense, par exemple, aux nouvelles recherches sur le génome.

Je pense qu'on pourrait avoir un impact énorme et on ne devrait pas avoir peur de foncer. Si on fonce avec l'expertise qu'on a présentement, on va réussir à trouver des causes des maladies du cerveau, des maladies mentales.

[Traduction]

**Le président:** J'ai une question complémentaire. Je donne toujours l'exemple de la maladie d'Alzheimer; auparavant, on disait que les personnes âgées étaient «séniles» ou tout simplement «vieilles». Mais aujourd'hui, tout le monde connaît et utilise le nom de la maladie d'Alzheimer.

Vous avez tous les trois parlé de maladies qui sont évidentes: le trouble bipolaire, la schizophrénie, l'autisme. Mais qu'en est-il de la «dépression commune»? Fait-elle partie de votre programme de recherche ou s'agit-il d'une maladie comme le rhume banal, qui n'intéresse pas les chercheurs puisque personne n'en meurt, si bien qu'elle n'est jamais le sujet de recherches.

Si je pose la question, c'est parce que le Dr Quirion a déclaré, entre autres, qu'il n'y a pas de centre national de recherche sur la dépression ou les maladies causées par le stress. Et pourtant, d'après les statistiques, le pourcentage de Canadiens qui souffrent d'une affection liée à une dépression légère augmente très rapidement. Je ne sais pas si on peut parler de maladie mentale dans ce cas. On assiste donc à une augmentation de la demande de services non seulement de psychiatres, mais également de psychologues et de travailleurs sociaux. Beaucoup de médecins de famille passent désormais le tiers ou la moitié de leur temps à faire de la psychothérapie, parce que c'est la seule façon dont ces services peuvent être payés par le régime d'assurance-maladie.

Does that whole area fit in the research agenda, or is it at a sufficiently low level that nobody pays any attention?

**Dr. Quirion:** No, to the contrary. Although in terms of genetic studies such as Dr. Maziade's group is doing, there is more focus on bipolar, there is a lot of research activity on depression and on what is commonly called "burn-out," which can be politically correct in a sense — a man will suffer "burn-out" and a woman will suffer "depression." Again, there is a stigma associated with these terms. One "owns" a burnout as a result of hard work. "Depression" connotes weakness. This is the reality.

**The Chairman:** He is right.

**Senator Pépin:** That is true. It is a reality.

**Dr. Quirion:** There is a lot of basic neuroscience research on the processes that relate to what you call a kind of common depression and burn out. At the institute, we are starting to look at mental health in the workplace. Mental well-being and depression are major issues in the work place. Stress-related illnesses are big issues as well. Therefore, these are part of our research agenda.

**Senator Keon:** Thank you. All three presentations have been very interesting. I have been sitting here thinking — to quote Yogi Bera — "It is déjà vu all over again."

Some 30 years ago when there was a bit of money and so much to be done, we used to sit around the Medical Research Council table and debate where we should go. Should we invest our money in good basic research and stop wasting our money on anecdotal research or anecdotal cataloguing and some of the clinical research we were doing?

As that universe unfolded, we have reached a point through CIHR where we are investing in good basic research and the clinical research in which we investing is funded on the base knowledge that is coming out of the basic research. The drug trials are classical examples. You have to discover the drug before you can do the trials.

Here we are talking about research into and the management of mental illness. On the one hand, we seem to be getting to a point where we are beginning to understand the psychopharmacology of mental illness. Dr. Quirion used a good example, with dopamine in the brain and whether there is too much or too little. Tweak the dopamine and you get rid of two problems, one of each side of the equation — if you know how to tweak it.

Dr. Quirion raised the question of an action plan, but I would like the two other speakers to comment as well. We cannot cover everything because there are not enough resources, there is not enough money and there are not enough people. Therefore, an

Est-ce que ce domaine de recherche figure dans votre plan ou est-il délaissé par les chercheurs?

**Dr Quirion:** Non, bien au contraire. Dans le cadre des études génétiques comme celles qu'effectue l'équipe du Dr Maziade, on met davantage l'accent sur le trouble bipolaire, mais beaucoup de recherches se font sur la dépression et sur ce qu'on appelle communément le «burn-out» ou l'épuisement professionnel. Soit dit en passant, c'est pour des raisons de rectitude attitude politique que l'on utilise ce terme: On dira qu'un homme souffre de «burn-out», tandis qu'une femme souffre de «dépression». Et il y a des préjugés associés à ces termes. On fait un burn-out parce qu'on a travaillé très fort, alors que la dépression est associée à la faiblesse. Ces préjugés sont réels.

**Le président:** Il a raison.

**Le sénateur Pépin:** C'est tout à fait vrai.

**Dr Quirion:** Il se fait beaucoup de recherche fondamentale en neurosciences sur les mécanismes de ce que vous appelez la dépression commune et le burn-out. À l'Institut, nous avons commencé à nous pencher sur la santé mentale dans le monde du travail. Le bien-être psychique et les dépressions sont des questions importantes en milieu de travail. Les maladies causées par le stress le sont également. Par conséquent, elles font partie de notre programme de recherche.

**Le sénateur Keon:** Merci. Vos exposés étaient tous les trois très intéressants, mais je ne pouvais m'empêcher de penser, en vous écoutant, à une citation du légendaire Yogi Bera: «Voilà le déjà vu qui recommence».

Voilà 30 ans, quand on avait un peu d'argent et qu'il y avait tant de choses à faire, nous nous réunissions autour de la table du Conseil de recherches médicales pour débattre de ce que nous allions faire. Devions-nous consacrer l'argent à de solides recherches fondamentales et cesser de le gaspiller dans des recherches ou du catalogage anecdotiques et dans certaines études cliniques que nous menions?

Les choses ont évolué et maintenant, les IRSC subventionnent de bonnes recherches fondamentales, si bien que les études cliniques que nous finançons reposent sur des connaissances de base que nous avons acquises grâce aux recherches fondamentales. Les essais de médicament en sont l'exemple classique. Il faut bien sûr découvrir le médicament avant de pouvoir procéder aux essais cliniques.

En l'occurrence, nous discutons des recherches sur les maladies mentales et de leurs traitements. Ainsi, nous commençons à comprendre les aspects psychopharmacologiques de la maladie mentale. Le Dr Quirion en a donné un bon exemple, en décrivant les effets d'un excès ou d'une insuffisance de dopamine dans le cerveau. Ainsi, en modifiant légèrement la quantité de dopamine — pourvu qu'on sache le faire correctement — on peut corriger deux problèmes différents, l'un dû à la carence et l'autre à la surabondance de cette substance dans le cerveau.

Le Dr Quirion a évoqué la nécessité d'un plan d'action, mais j'aimerais entendre l'avis des deux autres témoins à ce sujet. Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour faire des recherches sur tout, car il n'y a ni assez d'argent ni assez de personnel. Par



action plan must have a flagship. It must have a strong direction. Should that strong direction be in the area of the understanding of psychopharmacology or should we continue to smatter the money out into all of the dimensions of mental illness that we know?

I would like all three of you to comment on that.

**Dr. Maziade:** I would say that when we look at research and practice, disease by disease, we already have data that can help us to improve our situation in Canada. For instance, with respect to Senator Kirby's comment on depression, it is now established scientifically that when you focus on depression, with established international criteria to define depression, the most efficient treatment is the combination of appropriate pharmacotherapy medication plus psychotherapy of specific type — called cognitive therapy, working on self-esteem, et cetera — combined. It has been well established that the combination is better than the medication alone and better than psychotherapy alone. However, when you talk about mental health problems in general, you cannot derive this from the literature or from the people to whom you are speaking.

For schizophrenia, it is established that for those who respond well to the new antipsychotic drugs, alleviating symptoms is again the combination of pharmacotherapy and familial support and what we call "social support therapy" is most efficient than medication alone or psychotherapy alone. This is a trend that has been established for 10 years, yet we never see that in Health Canada documents, in the policies of the provincial governments. It is the same situation for autism, although there has been less research there than in schizophrenia or depression.

In terms of the clinical practice, we need both sides — the psychotherapy or psychosocial, and action direct on brain physiology. Research also shows that psychotherapy can affect connectivity and the neurobiology of the brain.

It is also affecting research. We also need research on both sides — to improve psychotherapy and the efficiency of psychosocial support and to learn more about neurobiological forms of treatment such as pharmacology.

I am talking about disorders. I am talking about specific diseases. I am not talking about helping Canadians to be happy in life. We must focus on disorders and categories on a disease-by-disease basis. For the past 20 to 30 years, there has been a bias against our field. In my view, that was a social movement that was anti-medical, anti-psychiatry and so on. That is over now. It is clear that there are specific disorders and environmental factors triggering a genetic vulnerability in most of our patients —

conséquent, tout plan d'action doit avoir une orientation très nette. Devrions-nous nous orienter très clairement vers l'élucidation des mécanismes psychopharmacologiques ou plutôt continuer à saupoudrer l'argent à droite et à gauche, en finançant des recherches sur toutes les dimensions de la santé mentale que nous connaissons?

J'aimerais connaître l'avis de chacun de vous à ce sujet.

**Dr Maziade:** À la lumière des recherches et des pratiques relatives à chacune des maladies, je dirais que nous avons déjà des données qui nous permettront d'améliorer la situation au Canada. Par exemple, pour revenir à ce que le sénateur Kirby a dit au sujet de la dépression, il est désormais établi scientifiquement que le traitement le plus efficace de la dépression — cette maladie étant définie en fonction des critères internationaux établis — est la combinaison d'une pharmacothérapie appropriée et d'une psychothérapie d'un type particulier, appelée thérapie cognitive, qui comporte entre autres des méthodes d'amélioration de l'estime de soi. Il est prouvé que la combinaison de ces méthodes donne de meilleurs résultats que le recours uniquement au traitement médicamenteux ou à la psychothérapie. Cependant, pour ce qui est de l'ensemble des problèmes de santé mentale, on ne peut pas obtenir de données aussi concluantes en dépouillant la littérature médicale ou en discutant avec certaines personnes.

Ainsi, dans le cas des schizophrènes qui répondent bien aux nouveaux antipsychotiques, ce qui soulage le mieux les symptômes c'est la combinaison d'un traitement médicamenteux, du soutien familial et de ce que nous appelons une «thérapie de soutien social»; nous savons que cette approche est plus efficace que le traitement médicamenteux à lui seul ou la psychothérapie sans médication. C'est une tendance bien établie depuis dix ans, et pourtant elle n'est jamais abordée dans les documents de Santé Canada ni dans les politiques des gouvernements provinciaux. Il en va de même pour l'autisme, même si cette maladie a été moins étudiée que la schizophrénie ou la dépression.

Dans la pratique clinique, nous avons besoin de ces deux éléments du traitement: la psychothérapie ou le soutien psychosocial, d'une part, et un médicament agissant directement sur la physiologie du cerveau. Les recherches indiquent par ailleurs que la psychothérapie peut avoir un effet sur la connectivité et la neurobiologie du cerveau.

Ces nouvelles connaissances ont également des effets sur la recherche. Il faut faire des recherches sur ces deux aspects afin d'améliorer la psychothérapie et l'efficacité du soutien psychosocial tout en élargissant nos connaissances au sujet de modes de traitement neurobiologiques comme la pharmacologie.

Je vous parle de troubles mentaux et de maladies précises. Je ne parle pas d'aider les Canadiens et les Canadiennes à être heureux. Nous devons cibler des troubles et des catégories de troubles précises. Depuis 20 ou 30 ans, notre domaine est mal vu. Cela découle à mon avis d'un mouvement social qui rejetait la médecine, notamment l'antipsychiatrie. Cette époque cependant est révolue. Il est clair aujourd'hui que certains facteurs du milieu déclenchent des troubles particuliers chez des gens ayant une

schizophrenia, for example, which has a very strong genetic basis — but we know that those are susceptibility genes and that environmental factors trigger or help the brain to develop a disorder. It is the same for most depressions, hyperactivity, for obsessive-compulsive disorder, and for Tourette's Syndrome, which is a prevalent disorder of ticks and other brain symptoms.

[Translation]

**Dr. Motttron:** I would like to answer the question as to whether we should put the onus on fundamental research or clinical or applied research?

I would like to get back to organizational issues. The objective of this meeting was to deal with issues pertaining to research funding. What I am talking about is how to get more bang for our buck from the two current systems, whose primary raison d'être is not research, while limiting their freedom to remain isolated from research. The two systems to which I refer are, on the one hand, medical clinics and, on the other hand, education and rehabilitation.

As things stand, a doctor working in a hospital is in no way bound to be involved in a research project. A teacher using a rehabilitation technique when working with a mentally retarded or autistic child is, at the moment, by no means bound to transparency regarding the scientific methods he applies.

In terms of budgets, the amount of money allocated to rehabilitation and health in general far exceeds the amount allocated to research.

I wish to underscore that, in the case of a clinic specialized in clinical research, the money spent on fundamental research constitutes perhaps 20 per cent of the total research costs, by which I mean access to patients and evaluating patients using standardized methods, as well as the costs associated with the outcome of this fundamental research on diagnosis and care provided.

I, therefore, suggest that organizational issues pertaining both to the link between medicine and research and to that between special education and research, be studied.

The autonomy in terms of research which is currently enjoyed by both the medical and teaching professions is in some ways very positive but can, in some cases, lead to a lack of openness towards research.

Let it be understood that I am not an anti-medicine apologist. I am not really bothered whether those who carry out research are doctors or not. The question is not relevant to our discussion.

vulnérabilité génétique. C'est le cas de la schizophrénie, par exemple, qui est fortement associée à des facteurs génétiques. Nous savons qu'il y a des gènes qui prédisposent à certaines maladies et que certains facteurs du milieu jouent le rôle d'un déclencheur ou amènent le cerveau à développer une maladie. Il en va de même, dans la plupart des cas, pour la dépression, l'hyperactivité, le trouble obsessionnel-compulsif et le syndrome de Gilles de la Tourette, trouble courant caractérisé par des tics et d'autres symptômes cérébraux.

[Français]

**Dr Motttron:** Je voudrais répondre à la question, à savoir: est-ce qu'on doit plutôt s'orienter vers des choix de recherche fondamentale ou vers des choix de recherche clinique ou plus appliquée?

Je voudrais revenir sur les aspects organisationnels. Le but de cette rencontre devait traiter de questions de financement de recherche. Ce dont je vous parle vise l'augmentation de la rentabilité de deux systèmes existants qui ne sont pas en premier lieu des systèmes de recherche, c'est-à-dire la clinique médicale d'un côté, la pédagogie de la réadaptation de l'autre, en restreignant dans les deux cas leur liberté de fonctionner hors recherche.

Actuellement, un médecin qui travaille dans un hôpital n'est aucunement obligé d'être impliqué dans un projet de recherche. Un enseignant qui applique une méthode de réadaptation à un enfant déficient intellectuel ou à un enfant autiste n'est actuellement, en aucun cas, contraint à être transparent dans les méthodes scientifiques qu'il applique.

Au niveau des budgets, les sommes consacrées à la réadaptation et à la santé en général sont extraordinairement plus importantes que la somme qui est consacrée à la recherche.

Je veux insister sur l'ensemble du budget de recherche d'une clinique spécialisée en recherche clinique, la part de recherche pure comprend peut-être 20 p. 100 de ce qu'il en coûte pour que la recherche soit possible, c'est-à-dire l'accès aux patients, l'évaluation des patients selon des méthodes standardisées, ainsi que la retombée de la recherche fondamentale sur le diagnostic et sur le soin.

Je suggère donc que des aspects organisationnels sur la nature du lien entre la médecine et la recherche d'une part, et entre la pédagogie spécialisée et la recherche d'une autre part, doivent être soulevés.

À l'heure actuelle, l'autonomie de la profession médicale d'un côté, et de la profession pédagogique de l'autre, en ce qui a trait à la recherche, présente des aspects très salutaires, mais aussi, dans certains cas, une certaine fermeture à l'égard de la recherche.

Bien entendu, je ne souscris pas à l'antimédecine. Que ce soient des médecins ou des non-médecins qui font la recherche, cela me laisse un peu indifférent. La question est ici non pertinente.



[English]

**Dr. Quirion:** I would like to add a couple of comments. What Dr. Mottron has described is critical. It is always difficult in this country because there are federal and provincial jurisdictions. With respect to provision of services at the hospital level, it falls under the provincial mandate. However, we need to work with the provincial organization, the various ministers, as well as research organizations such as the FRSQ here in Quebec to try to promote research in clinical 'milieu'.

It is true they have a lot of demands, they are overworked, and that some of them do not have the training to be able to be involved in a research project. However, at least in institutions that have a university affiliation, it should be understood that for a clinician to be there part of the job is associated with research, that there is a goal to try to advance knowledge. It is not just providing services. That is true of all kinds of clinicians — not just medical doctors — but also nursing staff, psychologists, and social workers.

We need a national plan. It is a big mandate and of course, some provinces would support it more than others, but that is politics. I think we need to move in that direction.

I am always very optimistic and that is probably why I took the job that I have now. One of the beauties of CIHR is that we are trying to have an integrated approach. We are not there yet, but we are trying to do more and more in the strategic initiative of the institute is an integrated approach. The health services specialist talks with the basic scientist and the clinician. They information and eventually they will start to share or exchange language. When I started in that field a few years ago, it was as though one professional was speaking French and the other one was speaking Chinese. The culture was so different.

Yet, increasingly, in some of the more integrated programs, I think each side has started to see the benefits of working together. That has occurred in the suicide training ground program that we are just beginning to fund here in Montreal. Previously, the focus was social. I never talked to someone interested in brain neurochemistry. Now, it is part of the team. Likewise, with autism research — it now covers the whole spectrum.

Rather than having different fields compete with one another, we are trying to work together. It will take some time; it will not happen overnight. There are some who resist change. However, it is my hope that the next generation of scientists that will have been through these kinds of more multidisciplinary programs will be more open to it.

For example, let us say that tomorrow we find a gene associated with depression or autism. What does the team or the person do with that gene? I would think they would need to

[Traduction]

**Dr Quirion:** Je voudrais ajouter deux choses. Ce que vient de décrire M. Mottron est essentiel. C'est toujours un problème dans notre pays, à cause des domaines de compétence fédéraux et provinciaux. En ce qui concerne la prestation de services en milieu hospitalier, elle relève du mandat provincial. Cependant, nous sommes obligés de collaborer avec l'organisme provincial, les différents ministres ainsi que les organismes de recherche comme le FRSQ au Québec pour promouvoir la recherche en milieu clinique.

Évidemment, la demande est forte, tout le monde est surchargé de travail et certains intervenants n'ont pas la formation nécessaire pour intervenir dans un projet de recherche. Néanmoins, dans les organismes affiliés à une université, il faudrait considérer que pour qu'un médecin participe à des travaux, ceux-ci doivent comprendre un élément de recherche et comporter un objectif de progrès scientifique. Il ne s'agit pas simplement de faire une prestation de services. Et c'est vrai pour toutes les catégories de cliniciens, non seulement les médecins, mais aussi le personnel infirmier, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Il nous faut un plan national. Évidemment, c'est un mandat considérable et certaines provinces y seront plus favorables que d'autres, mais ça, c'est une question de politique. Je pense qu'il faut nous engager dans cette direction.

Je suis toujours très optimiste et c'est sans doute pour cela que j'ai accepté le poste que j'occupe actuellement. L'un des avantages des IRSC, c'est qu'ils visent une formule intégrée. Nous ne l'avons pas encore atteinte, mais notre initiative stratégique vise de plus en plus une approche intégrée. Les spécialistes des services de santé dialoguent avec les scientifiques et les cliniciens. Ils échangent de l'information et finissent par partager le même langage. Lorsque j'ai débuté dans ce domaine il y a quelques années, on avait l'impression qu'un professionnel parlait français tandis qu'un autre parlait chinois, tant les cultures étaient différentes.

Mais de plus en plus, dans les programmes les mieux intégrés, chacun commence à voir les avantages de la collaboration. C'est ce qu'on a constaté dans le programme de prévention du suicide que nous avons commencé à financer à Montréal. Auparavant, le programme mettait l'accent sur l'élément social. Je n'avais encore jamais dialogué avec un spécialiste en neurochimie du cerveau. Maintenant, nous en avons un dans l'équipe. Dans le domaine de la recherche sur l'autisme, c'est la même chose. Toutes les spécialités sont représentées.

Au lieu de mettre les différents domaines de connaissances en concurrence, nous les amenons à collaborer. C'est parfois fastidieux; les résultats n'apparaissent pas du jour au lendemain. On remarque une certaine résistance au changement, mais j'espère que la prochaine génération de scientifiques qui entreront en contact avec ces programmes plus multidisciplinaires manifesteront une plus grande ouverture.

Supposons que nous découvriions demain un gène lié à la dépression ou à l'autisme. Que va faire l'équipe ou le responsable de ce gène? Je suppose qu'il va falloir consulter un épidémiologiste

then talk to an epidemiologist and to a population health specialist to study what the impact might be on the developed population.

This integrated approach is a bit of a paradigm shift, but that is what we are trying to achieve at CIHR. It is still very young — it started only three years ago and we need to give the system a chance to succeed. Of course, we need a bit more money, but I think we have a potential for partners. There are possible partners in both the provincial and federal governments.

[Translation]

**Senator Pépin:** If I understand you correctly, you are saying that you would agree that medical personnel working in a university centre or teaching hospital carry out research. You also said that not all clinicians are involved in research.

So, doctors at teaching hospitals should be doing research. Is that what you think? You said that many doctors, or clinicians, do not carry out research.

**Dr. Mottron:** What I am saying is that there is a marked conflict between the autonomy of certain professions and their involvement in research.

For example, a doctor who has a clinic is perfectly free to enter his data into a data base which is compatible with research but, on the other hand, he is also free to use a language which would be used by no one but him.

If we try to limit this freedom we are normally met by a general outcry. In the field of rehabilitation, to give a parallel example, a mentally retarded child will perhaps spend only two days in his entire life with a specialized team.

However, he will spend several years with teachers. This means that the teachers who are the ones using special education techniques are, it could be argued, 200 times more important than the specialized speech language pathologist who only spent three hours contact with the child.

This means that using research findings in a way which is beneficial to those involved in the health care and education systems is essential, because research, as an activity in its own right, will never receive enough funding.

For example, when somebody needs research subjects, he or she cannot, with the funds available from the ICRS, finance a clinic to get these subjects. He would have to ask a clinician.

I made a different choice because, given that I am also a clinician, I was able to find subjects myself. This, however, is a luxury which I can allow myself because I have a foot in both camps. In the majority of cases, where a doctor of something other than medicine, I would be completely at the mercy of a doctor being kind enough to fill in the files in the way in which they could be used for research.

et un spécialiste de la santé de la population pour étudier les conséquences éventuelles de la découverte pour la population concernée.

Cette approche intégrée constitue plus ou moins un changement de paradigme, mais c'est ce que nous voulons faire aux IRSC. L'initiative est encore jeune — elle n'a commencé qu'il y a trois ans, et il faut lui laisser une chance d'aboutir. Évidemment, il nous faut des crédits supplémentaires, mais nous pouvons trouver des partenaires, aussi bien parmi les autorités provinciales que fédérales.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Si je comprends bien, vous seriez d'accord que le personnel médical qui travaille dans un centre universitaire, dans un hôpital universitaire, fasse la recherche clinique. Vous dites que ce n'est pas tous les cliniciens qui font de la recherche.

Donc, les médecins rattachés à un hôpital universitaire devraient faire de la recherche. Ne serait-ce pas une de vos approches? Vous dites que vous voyez plusieurs médecins, en fait des cliniciens, qui ne font pas de recherche.

**Dr Mottron:** Ce que je dis, c'est qu'il existe un conflit profond entre l'autonomie et la liberté de certaines professions et leur implication dans la recherche.

Le médecin qui tient une clinique, par exemple, est tout à fait libre d'entrer ses données dans une base de données compatible avec la recherche ou, au contraire, d'avoir un langage complètement à lui qui ne sera utilisé par personne.

Si on essaie d'empiéter sur cette liberté, en général, les professions poussent de hauts cris. Dans un autre domaine, tout à fait parallèle, qui est celui de la réadaptation, un enfant ayant une déficience intellectuelle va peut-être passer deux jours en tout et partout dans sa vie en contact avec une équipe spécialisée.

Il va passer plusieurs années en contact avec des enseignants. Ce qui veut dire que les enseignants en tant que transmetteurs de méthodes de pédagogie spécialisée sont, on pourrait dire, deux cents fois plus importants que l'orthophoniste spécialisé qui n'aura passé que trois heures avec l'enfant.

Ce signifie que multiplier les conséquences des acquis de recherche auprès des professions qui font partie du système de santé ou du système pédagogique est essentiel, parce que jamais la recherche n'aura les sous pour mener entièrement à bien ce qui est en fait inhérente à elle.

Par exemple, lorsqu'on a besoin de sujets pour une recherche, on ne peut pas, avec le montant des subventions du CIHR, financer une clinique qui va fournir ces sujets. Il faut demander à un clinicien.

Moi, j'ai fait un choix différent parce que, étant clinicien aussi, je les ai retrouvés moi-même. C'est toutefois un luxe que je peux me permettre parce que j'ai les deux affiliations. Dans la plupart des cas, si j'étais Ph.D non-médecin, je serais complètement à la merci d'un médecin qui voudra bien, dans son infinie bonté, remplir les dossiers de façon à ce qu'ils soient utilisables pour la recherche.



However, in the medical profession, as in any profession, there is the good and the bad in terms of civic engagement. There are those who work solely in their own interests and then there are those who work a little or a lot for others.

I think that this conflict between professional freedom and civic engagement in terms of research must be addressed openly and frankly. This is particularly true when we ask teachers to be transparent regarding the rehabilitation methods that they use. We have to ask questions. Why are you doing that? What evidence are you basing yourselves on?

People say to us: "Why are you sticking your nose in? What do hospitals and researchers have to do with school? We do not want you here."

It is a bit like a stock reaction, and it probably is understandable. However, in terms of applying research findings to daily life, it is not a good thing. I think that we have to dare to encroach a little on the autonomy of the medical and teaching professions in this field.

Currently, the College of Physicians tells doctors that they are duty bound to promote and carry out research. It does not go any further than that.

**Senator Morin:** I am going to put three short questions to each of you. Dr. Maziade, I would like to read you a text which was published in one of this country finest newspapers on Saturday, in other words, three days ago. Allow me to read an extract:

According to basic medical principles, we cannot prevent a disease if we do not know its causes. Consequently, when dealing with mental illness, if we focus most of our efforts on prevention or the promotion of a healthy lifestyle, we are simply diverting attention from those diseases which cost Canadians the most money. Mental health problems are hard to define concepts and, rather than facilitating accountability to the population and the government, they simply muddy the waters.

First, I would like to ask Dr. Maziade what he thinks of the author who wrote this article.

Second, I would like to know what he thinks about this seemingly fairly radical article. I will pass it around.

**Dr. Maziade:** In fact, senator, it is not a radical article. I think that it is very clear. It is clear in the sense that, currently, we are moving towards a laudable approach which entails preventing disease rather than waiting for it to affect all sectors of society. This brings me back to your comments and to those made by Senator Kirby regarding depression. I approve of such a medical philosophy. What I wrote was that we cannot prevent any disease without understanding its causes.

To prevent an atmospheric phenomenon, to prevent an earthquake or to prevent a disease, we have to understand the causes and target the causes before the disease raises its head.

Or, dans la profession médicale, on a du meilleur au pire, comme dans n'importe quelle profession, en terme d'engagement civique des gens qui travaillent juste pour eux et des gens qui travaillent un peu ou beaucoup pour les autres.

Je pense que ce conflit entre la liberté d'une profession et son engagement civique pour la recherche devrait être adressé franchement, sans gêne, en particulier, lorsqu'on s'adresse à des enseignants pour leur demander d'être transparents dans les méthodes réadaptatives qu'ils utilisent. Pourquoi faites-vous cela? Sur quelles preuves vous basez-vous?

On nous dit: «Mais de quoi vous mêlez-vous? Qu'est-ce que l'hôpital ou la recherche vient faire dans l'école? N'entrez pas ici, et laissez vos chaussures à l'entrée.»

Cela peut être une réaction quasiment corporative; elle a probablement ses raisons d'être. Dans le domaine de l'application dans la vie courante des acquis de recherche, cela a de mauvaises conséquences. Et il faut probablement oser enfreindre un tout petit peu la liberté d'autonomie des professions médicales et enseignantes dans ce domaine.

Actuellement, le Collège des médecins dit à ses médecins que cela fait partie de notre devoir de faire de la recherche et de la favoriser. Cela ne va pas plus loin.

**Le sénateur Morin:** Je vais poser trois courtes questions à chacun d'entre vous. Docteur Maziade, j'aimerais vous lire un texte qui a été publié dans un des meilleurs journaux du pays, samedi dernier, il y a trois jours. J'en lis un extrait:

D'après un principe médical fondamental, on ne peut prévenir une maladie dont on ignore les causes. Par conséquent, dans le traitement des maladies mentales, orienter le gros des efforts sur la prévention ou la promotion de la santé en ce moment ne fera que détourner notre attention des maladies qui occupent le plus de coûts au Canada. Les problèmes de santé mentale sont des entités vagues qui brouillent les pistes au lieu de faciliter l'imputabilité auprès de la population et du gouvernement.

J'aimerais demander au Dr Maziade, premièrement, ce qu'il pense de l'auteur qui a écrit un tel article.

Deuxièmement, je voudrais savoir ce qu'il pense d'un texte qui semble assez radical. Je vais faire circuler le document.

**Dr Maziade:** En fait, sénateur, ce n'est pas un texte radical. Je crois que c'est un texte clair. Clair dans le sens que, pour revenir à plusieurs de vos commentaires ou à celui du sénateur Kirby à propos de la dépression, c'est qu'actuellement, on s'est dirigé vers une philosophie qui est effectivement louable, qu'il faut tenter de prévenir la maladie plutôt qu'attendre que la maladie ne survienne dans tous les secteurs. J'approuve cette philosophie médicale. Ce que j'ai écrit, c'est qu'on ne peut prévenir une maladie, quelle qu'elle soit, si on en ignore les causes.

Pour prévenir un phénomène atmosphérique, pour prévenir un tremblement de terre ou pour prévenir une maladie, il faut connaître les causes et agir sur les causes avant que la maladie n'apparaisse.

In various specialties, we can, to a certain extent, prevent certain diseases. But for schizophrenia, manic-depressive psychosis and major recurring depression, we do not understand what makes the brain more vulnerable. We do not know the causes, in a specific environment, which trigger these diseases.

As I wrote in my text, concentrating funds on prevention will be to the detriment of "[...] the three or four diseases which affect more than a million Canadians because we have to move towards what is termed secondary prevention," in other words, we have to act early, as soon as the disease raises its head.

All of the new drugs for schizophrenia, manic-depressive psychosis and several other syndromes such as autism have improved recently, but they only relieve the symptoms, none of them provide a cure.

There is no cure for major neuropsychiatric syndromes. There is no biological diagnostic test, as there is for diabetes. As Dr. Qurion mentioned, it is still difficult to diagnose those illnesses. It takes us a few years before being sure of the diagnosis.

A certain percentage of major depressions, however, are the exception because the new antidepressants combined with specific psychotherapy treatments have proven very effective for some of those major depressions.

We all know that major depression is heterogeneous and is therefore caused by several illnesses that have varying environmental and biological causes, as is the case with anemia.

So this is not a radical article, senator. I think you have just quoted a rather clear statement.

**Senator Morin:** You agree with the author?

**Dr. Maziade:** I agree with the author.

**Senator Morin:** I think a basic principle could be that research is surely one of the fundamental solutions to the problem of mental illnesses at the current time in Canada and that adequate resources should be earmarked for that purpose.

I see three problems here, which you in fact referred to. The absence of volunteer groups who fund mental health research in Canada is a serious problem.

Research funding by volunteer organizations in Canada is a Canadian success story. In the United States, the American Heart Association does not fund heart research. That concept is very Canadian. Our Canadians are generous. It is a Canadian tradition to be generous towards health research.

Volunteer groups provide funding for research on cancer, Parkinson's disease and a whole list of illnesses. I think that is something you should consider.

Dans diverses spécialités, il y a certaines maladies que nous pouvons prévenir, jusqu'à un certain point. Mais pour la schizophrénie comme pour la psychose maniaco-dépressive et les dépressions majeures récidivantes, nous ignorons les causes qui rendent le cerveau plus vulnérable. Nous ignorons les causes, dans l'environnement spécifique, qui déclenchent ces maladies.

Pour l'instant, détourner les fonds vers la prévention nous fera ignorer ce que j'ai écrit dans le mémoire: «[...] les trois ou quatre maladies qui affectent plus de un million de Canadiens parce qu'il faut plutôt aller vers la prévention dite secondaire», c'est-à-dire qu'il faut agir très tôt, dès que la maladie est apparue.

Tous les médicaments actuels qui touchent la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive et plusieurs autres syndromes comme l'autisme, se sont améliorés récemment mais ils soulagent les symptômes, aucun ne guérit.

Il n'existe actuellement aucun traitement curatif pour les grands syndromes neuropsychiatriques. Il n'existe pas encore aucun test diagnostique biologique comme pour le diabète. Comme l'a mentionné le Dr Qurion, c'est encore difficile de diagnostiquer ces maladies. Il nous faut quelques années avant d'être certain du diagnostic.

Un certain pourcentage des dépressions majeures fait exception car, à l'heure actuelle, les traitements liés aux nouveaux antidépresseurs associés à une forme spécifique de psychothérapie démontrent une efficacité excellente pour une proportion des dépressions majeures.

On sait que la dépression majeure est hétérogène et donc, elle est formée, comme l'anémie, par exemple, de plusieurs maladies ayant des causes environnementales et biologiques différentes.

Ce n'est donc pas un texte radical, sénateur. Je pense que vous avez cité un texte qui est clair, tout simplement.

**Le sénateur Morin:** Vous êtes d'accord avec l'auteur?

**Dr Maziade:** Je suis d'accord avec l'auteur.

**Le sénateur Morin:** Je pense qu'on peut adopter comme principe de base que la recherche est sûrement une des solutions fondamentales au problème de maladies mentales à l'heure actuelle au pays et ceci doit se traduire par l'attribution de ressources au domaine.

Je vois ici trois problèmes auxquels, d'ailleurs, vous avez fait allusion. L'absence de groupes volontaires qui financent la recherche au Canada dans le domaine de la maladie mentale est un problème sérieux.

Le financement de la recherche par les organisations volontaires au Canada, est un «success story» canadien. Aux États-Unis, on n'a pas le financement de la recherche cardiologique par l'American Heart Association. C'est tout à fait canadien, cela. Nos Canadiens sont généreux. C'est une tradition canadienne d'être généreux envers la recherche en santé.

On parle du cancer, du Parkinson, et de toute une série de maladies dont le financement est assuré par des groupes volontaires. Je pense que c'est une chose que vous devriez envisager.



I do not see why Canadians would not voluntarily fund schizophrenia or autism. Nowadays, people are much more aware of those illnesses and I am sure they would get involved if an organization was willing to help financially and, of course, in another way.

My second question also shows a gap, I think. I asked your assistant to read me the total amount allocated to research in the field of mental illnesses and drug addiction in Canada as compared with other countries. I wanted the exact figures and the percentages that go to research, in absolute terms and by population. We could see whether Canada gives less money to mental illnesses than other countries. If Canada gives more, great. If it gives less, that must be mentioned.

This is a very hot issue for politicians. Politicians are very sensitive to Canada's position compared to other OECD countries, for example.

As for medical equipment, for example, it was shown that Canada spent less than other countries. Quickly money became available because of Canada's position within the OECD in terms of investment in medical equipment.

I think we should use that argument. You should use that same argument with us so that we can help you get funding for research on mental illnesses. I realize those figures are not easy to obtain, but I think you should make the effort to get them for us so that we can help you.

My last question is on your share of funding among the health research institutes in Canada. This maybe a difficult question to answer, as a director, but do you feel that your institute gets sufficient funding, within the overall budget for institutes, especially the sums allocated for mental illness and drug addiction?

Or are you disadvantaged for various reasons? Do you think we could help?

**Dr. Quirion:** Those are three very good questions. On the first — working very closely with volunteer organizations — it is true that there are not many right now who raise a lot of money from the Canadian public, compared to the National Cancer Institute or the Heart and Stroke Foundation, where my colleagues, both directors of these institutes, can form partnerships with those two organizations. And both contribute between 40 and \$50 million annually to research in Canada.

We are the Institute with the largest number of non-governmental associations associated with it. There are some 60 nationally, but they are all very small, and many have no money for research.

Je ne vois pourquoi les Canadiens ne financeraient pas volontairement la schizophrénie ou l'autisme. Aujourd'hui, les gens sont beaucoup plus conscients de ces maladies et ils s'impliqueraient, j'en suis sûr, s'il y avait une organisation qui serait prête à aider financièrement et, évidemment, d'une autre façon.

Ma deuxième question aussi représente une lacune, je pense. J'ai demandé à votre adjoint de me dire le montant total attribué aux recherches dans le domaine des maladies mentales et dans le domaine des toxicomanies au Canada par rapport aux autres pays. Je voulais le montant en chiffres absolus et en pourcentage des sommes qui sont attribuées à la recherche, en chiffres absolus et par population. On pourrait savoir si le Canada donne moins aux maladies mentales que d'autres pays. Enfin, si le Canada donne plus, tant mieux. S'il donne moins, il faut le dire.

Ceci est une arme très puissante auprès des politiciens. Les politiciens sont très sensibles à la position que le Canada occupe par rapport aux autres pays de l'OCDE, par exemple.

Du point de vue de l'équipement médical, par exemple, on a pu démontrer que le Canada était inférieur à d'autres pays. Rapidement, il y a eu un financement à cause de la position que le Canada occupait dans l'OCDE au point de vue équipement médical.

Je pense que nous devons avoir cet argument. Il faut que vous nous donniez cet argument pour que nous vous aidions en ce qui a trait au financement de la recherche dans le domaine des maladies mentales. Je comprends que ce ne sont pas des données faciles à obtenir, mais je pense que vous devriez faire l'effort pour nous les fournir, afin que nous puissions vous aider.

Ma dernière question traite de votre part de financement à l'intérieur des instituts de recherches en santé du Canada. C'est peut-être une question difficile à répondre, comme directeur, mais est-ce que vous avez l'impression que les sommes attribuées à votre institut, à l'intérieur du budget global des instituts, en particulier du côté des maladies mentales et toxicomanies, sont adéquates?

Où vous trouvez-vous pénalisés pour différentes raisons? Pensez-vous qu'on pourrait vous aider à ce niveau?

**Dr. Quirion:** Ce sont trois très bonnes questions. Pour ce qui est de la première, soit de travailler très étroitement avec les organismes volontaires, c'est vrai que ceux vont vraiment chercher beaucoup de sous dans le public canadien pour l'instant ne sont pas nombreux, en comparaison au National Cancer Institute ou les Fondations des maladies du cœur, où mes collègues, les deux directeurs de ces instituts, peuvent faire des partenariats avec ces deux organismes-là. Et tous les deux contribuent entre 40 millions et 50 millions de dollars par an pour la recherche au Canada.

C'est nous qui avons le plus grand nombre d'organismes non gouvernementaux associés à notre Institut. Il y en a environ une soixantaine à l'échelle nationale, mais ils sont tous très petits, et plusieurs n'ont pas de sous pour la recherche.

It comes down to stigma and discrimination. True, it is now a little bit easier to raise funds for mental illnesses, but it is still a bit complicated.

When the Institute was created, we organized two national workshops with these organizations. We invited them. There were about 30 of them at each workshop. They participated in the drafting of the Institute's strategic plan. There are two members of the general public on our Institute's board of directors, and we invite them to our annual meeting. I want them to play a growing role in helping us to develop a strategy for greater funding.

I think you can help us here too. We need to decrease the stigma associated with mental illnesses and find champions. We need champions who will promote this cause. Former Minister Michael Wilson did a truly admirable job of that.

I would also like to be able to count on a few senators as our champions, and a few members of the House of Commons, a bit like they do in the United States, where some senators and congressmen are involved. They are visible, and they advocate for mental illnesses and research on mental illnesses in that country.

I think that would be one way to increase donations from Canadian taxpayers, donations for mental illness research. Canadians are indeed willing to give. The stigma has to be reduced somewhat.

For mental illnesses, I think that we are nearly there. For addiction, it is still complicated. To fight alcoholism, cocaine addiction and so on, people are not willing to give. But if we were to start with mental illness, that would be a good start.

As for the overall amount of funding for mental illnesses and mental health research in Canada, it is true that we should have this very important data.

The figures I gave you this morning are probably relatively accurate for the Canadian institutes. Now we need the figures for the provinces and some non-governmental organizations. It would also be very helpful for me to have this information. My assistant at the Institute, Richard Brière, is going to focus on that in the coming months.

Very often, the same grant is counted four or five times, under neurosciences, mental health, and addiction, so all of that has to be dissected. It takes a specialist who understands the research project summary in order to see where things are okay and where they are not, et cetera. I hope that we will have the information within a few months to help out with your deliberations.

Turning to the last question, all 13 of the Canadian institutes have the same budget for their strategic initiatives. When I was interviewed for the position of Director of the Institute, my future

On revient aux notions de «stigmatisme» et de discrimination. C'est vrai qu'il est maintenant un peu plus facile d'aller chercher des sous pour les maladies mentales, mais ça reste encore un peu compliqué.

Dès la création de l'Institut, on a organisé deux ateliers nationaux avec ces organismes. On les a invités. Il y en a une trentaine chaque fois qui sont venus. Ils ont participé à l'élaboration du plan stratégique de l'Institut. Il y a deux membres du grand public qui siègent au conseil d'administration de notre Institut, et nous les invitons à notre réunion annuelle. Je désire qu'ils soient de plus en plus impliqués avec nous pour développer une stratégie qui permettrait d'aller chercher plus de financement.

Je pense qu'ici aussi, vous pouvez nous aider. Il faut diminuer la stigmatisation rattachée aux maladies mentales et trouver des champions. Ça nous prend des champions qui vont promouvoir cette cause. Michael Wilson, l'ancien ministre, fait vraiment un travail admirable de ce côté.

J'aimerais pouvoir compter aussi sur quelques sénateurs qui pourraient être nos champions, quelques membres de la Chambre des communes, un peu comme ils le font aux États-Unis où certains sénateurs et des personnes du Congrès sont impliqués. On va les voir, et ils défendent la cause des maladies mentales et des recherches sur les maladies mentales au pays.

Ce serait, je pense, une façon d'augmenter les contributions des contribuables canadiens, les dons à la recherche sur les maladies mentales. Il est vrai que les Canadiens sont prêts à donner. Il faut diminuer un peu la stigmatisation.

Pour ce qui est des maladies mentales, je pense qu'on est presque là. Pour les toxicomanies, cela reste compliqué. Pour combattre l'alcoolisme, d'addiction à la cocaïne et tout ça, les gens ne sont pas prêts à donner. Mais si on commençait avec maladies mentales, ce serait déjà très bien.

Pour ce qui est du montant total qui va au financement de la recherche sur les maladies mentales et sur la santé mentale au Canada, il est vrai que nous devrions connaître ces données très importantes.

Probablement que les chiffres que je vous ai mentionnés ce matin s'avèrent assez justes pour les instituts canadiens. Il faut maintenant obtenir les chiffres au niveau des provinces et au niveau de certains organismes non gouvernementaux. Et ce serait aussi très utile pour moi d'avoir cette information. Mon adjoint à l'Institut, Richard Brière, va se concentrer sur cela au cours des prochains mois.

Très souvent, la même subvention est comptée quatre, cinq fois, en neurosciences, en santé mentale, en toxicomanies, ce qui fait qu'il faut disséquer tout cela. Il faut un spécialiste, quelqu'un qui est capable de comprendre le résumé du projet de recherche pour voir où ça va et où ça ne va pas, et cetera. J'espère que nous aurons l'information d'ici quelques mois pour nous aider dans vos travaux.

Passons à la dernière question. Du côté des Instituts canadiens, les treize instituts canadiens ont le même budget pour les initiatives stratégiques des instituts. Lorsque j'ai eu mon



boss at the time, Dr. Alan Bernstein, President of the Institutes, asked me the following question: "If all of the institutes had the same budget, do you think that would be fair?" I said no. I still say no today.

Once again, the model we have is unique. I think it is the right model for neurosciences, mental health and addiction. I worked very hard to promote and make sure we had an institute that brought together all of these subject areas.

On the other hand, had there been three separate institutes, there would surely have been three separate budgets. I am talking about strategic initiatives, not individual grants that researchers get.

So to start up the Canadian institutes, the fact that each institute had the same budget was probably the right formula and it encourages us to cooperate with our fellow scientific directors. We have a high level of cooperation with all of the other institutes.

I forgot to mention that the Institute has an Aboriginal health training program. There is a real need to train people as specialists in first nations mental health.

So, we got off to a very good start. In the medium term, if we are truly to develop the vision and mission of the Institute, I think that the allocation of strategic initiative portfolios among the various institutes will have to be re-examined. And my boss, Alan Bernstein, is aware of that. I discussed it with him yesterday.

**Senator Morin:** I would like to ask Dr. Mottron one last question. You referred to the organizational aspects of research. I understood you, and we are surely going to take an interest in that.

I would like you to tell us a bit about your field, autism. As you know, it is a unique field, not only in terms of mental illness, but also in the field of health in Canada.

That seems to be the area where the most parents sue the government to get care. We have seen that in British Columbia, in Quebec and elsewhere.

Surely there is a problem when parents are suing their own government to get care, and we may not always get to hear from experts like yourself in this field.

I would like you to provide us with some insight. I must tell you that at our first meeting, we heard from the father of an autistic child, who described in detail the difficulty he had had in getting treatment for his child and all of the problems he had had in taking care of his child. It was really very moving and very touching, and it made a strong and lasting impression on us.

entrevue pour prendre la direction de l'Institut, mon futur patron à l'époque, le Dr Alan Bernstein, le président des Instituts, m'avait posé cette question: «Si tous les instituts avaient le même budget, est-ce que vous pensez que ce serait juste?» J'avais répondu non. Je réponds encore non aujourd'hui.

Encore une fois, le modèle que nous avons est unique. Les neurosciences, la santé mentale et les toxicomanies, je pense que le modèle est correct. J'ai travaillé très fort pour faire la promotion, pour s'assurer qu'on ait qu'un Institut qui regroupe toutes ces thématiques.

Par contre, c'est sûr que si on en avait eu trois, on aurait eu trois budgets. C'est au niveau de l'initiative stratégique, je ne parle pas des subventions individuelles que les chercheurs obtiennent.

Donc, pour démarrer aux Instituts canadiens, le fait d'avoir tous le même budget, était probablement la bonne formule et ça nous encourage à collaborer avec nos collègues directeurs scientifiques. Nous avons beaucoup de collaboration avec tous les autres instituts.

J'ai oublié de mentionner que l'Institut a un programme de formation sur la santé des autochtones. Il faut vraiment former des gens, des spécialistes en santé mentale reliée aux Premières nations.

C'était donc très bien au point de départ. À moyen terme, si on veut vraiment développer la vision et la mission de l'Institut, je pense qu'il va falloir revoir l'attribution des portefeuilles aux initiatives stratégiques des différents instituts. Et mon patron, Alan Bernstein, est au courant de cela. J'en ai discuté avec lui hier.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais poser une dernière question au Dr Mottron. Vous avez parlé des aspects organisationnels de la recherche. Je vous suis, et on va sûrement s'intéresser à cela.

J'aimerais que vous nous parliez un peu de votre domaine à vous, l'autisme. Comme vous le savez, c'est un secteur unique, non seulement au point de vue maladie mentale mais aussi dans le domaine de la santé au Canada.

Je pense ce c'est là où il y a le plus de parents qui poursuivent les gouvernements pour obtenir des soins. On a vu cela en Colombie-Britannique, au Québec et un peu partout.

Il y a là sûrement un problème quand on voit des parents qui poursuivent leur propre gouvernement pour avoir des soins, et on n'aura peut-être pas toujours des experts comme vous dans ce secteur.

J'aimerais que vous nous éclairiez un peu. Je dois vous dire qu'on a entendu, lors de notre première séance, le père d'un enfant autistique nous relater en détail les difficultés qu'il a eues à faire traiter son enfant et toutes les difficultés qu'il a eues à en prendre soin. C'était vraiment très émouvant, très touchant comme témoignage et on en garde un vif souvenir.

I would like you to tell us about the research side of things, but also about care. We might not have another opportunity to hear from a clinician. How do you see the future of autism in terms of the lawsuits we are seeing and the cost of treatment?

What do you expect? Is the future bleak or is there reason for optimism?

**Dr. Mottron:** Like you say, it is a field where there are a lot of lawsuits, and I myself am very afraid to say anything about that.

**Senator Morin:** You are protected here. You are completely protected here, in other words you cannot be sued for what you say here.

**Dr. Mottron:** Oh, well in that case! First of all, I may have to saw off the limb that I am sitting on. There is absolutely nothing special about autism as compared to other neurodevelopmental disorders.

The fact that the media give it special attention is a stroke of luck, because that is an excellent way to expose the problems and further the research. But it is quite unfair to attach greater importance to this neurodevelopmental disorder than to others, like Rett syndrome, Williams syndrome, Prader-Willi syndrome, foetal alcohol syndrome, fragile X syndrome and in fact all kinds of neurodevelopmental cognitive or mental impairment. So my position is a little bit ambivalent, because I work in the area of autism, and therefore I benefit, as a researcher, from this incredible media favour. At the same time, I do a lot of work with lobby groups to get them to include other rare illnesses.

By the way, I suggest that the committee look into what is being done in the European Union on rare neurodevelopmental illnesses. There is an excellent initiative there.

If you were a parent who belonged to one of the 60 associations Rémi referred to earlier, and 300 people in Canada had the same illness as your son, you would have no lobbying clout. You would obviously have no specialized training and no special knowledge about how to educate your child.

If you were the parent of an autistic child, then in a way, you would be the luckiest of the unlucky in terms of services, because at least autism is a known and recognized illness.

That means that what is true of autism is generally true of the other neurodevelopmental disorders. But if there is autism combined with cognitive impairment, that no longer holds true.

Autism is one of a handful of neurological causes of cerebral sclerosis, or neurodevelopmental disorders, but in terms of the number of actual cases, autism is no more common than

J'aimerais que vous nous parliez de l'aspect recherche, mais aussi des soins. Nous n'aurons peut-être pas l'occasion d'entendre le témoignage d'un clinicien. Quelle est votre perspective d'avenir dans le domaine de l'autisme concernant les poursuites qu'on voit et le coût de ces traitements?

Que voyez-vous? Est-ce que l'avenir est fermé ou est-ce qu'on a raison d'être optimiste?

**Dr Mottron:** Comme vous le dites, c'est un domaine où il y a beaucoup de poursuites et j'ai moi-même très peur de prendre la parole à ce sujet.

**Le sénateur Morin:** Vous êtes protégé ici. Vous êtes complètement protégé ici, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas être poursuivi pour ce que vous dites ici.

**Dr Mottron:** Bon, bien allons-y! Tout d'abord, je voudrais scier un peu la branche sur laquelle je suis assis. L'autisme n'a absolument rien de particulier par rapport aux autres troubles neurodéveloppementaux.

La faveur dont il jouit dans les médias est une chance, parce que c'est un excellent moyen de démontrer des problèmes et faire avancer la recherche. Mais il plutôt injuste de donner plus d'importance à ce trouble neurodéveloppemental qu'à d'autres, par exemple, au Rett, au William, au Prader-Willi, au syndrome d'alcoolisme foetal, à l'X-fragile, et, en fait, à toutes les sources neurodéveloppementales de déficience intellectuelle ou d'atteinte cognitive. Ma position est donc un petit peu ambiguë parce que je travaille dans le domaine de l'autisme et donc, je bénéficie, en tant que chercheur, de cette incroyable faveur médiatique. En même temps, je fais beaucoup de travail auprès des associations de lobbying pour qu'elles incluent dans leur mouvement les autres maladies rares.

En passant, je suggère au Comité de se renseigner sur ce qui se fait dans la communauté européenne sur les maladies rares neurodéveloppementales. On y voit là une excellente initiative.

Si vous êtes un parent faisant partie d'une des soixante associations dont parlait Rémi tout à l'heure, et que trois cents personnes ont la même maladie que votre fils au Canada, vous n'avez aucun pouvoir de lobbying. Vous n'avez, évidemment, aucune formation spécialisée et aucune connaissance particulière sur la façon d'éduquer votre enfant.

Si vous êtes parent d'un enfant autistique, dans un sens vous êtes le plus heureux parmi les malheureux en termes de services, parce que l'autisme, au moins, est une maladie connue et elle est reconnue.

Cela signifie donc que ce qui est vrai pour l'autisme est vrai en général pour les autres atteintes neurodéveloppementales. Mais si on dit qu'il y a l'autisme et la déficience intellectuelle, cela ne marche plus.

En termes de nombre de cas atteints, l'autisme n'est pas plus fréquent que l'X-fragile et probablement moins fréquent que le syndrome d'alcoolisme foetal. Il faut donc voir les troubles



fragile X syndrome and probably less common than foetal alcohol syndrome. Neurodevelopmental disorders must therefore be taken as a whole, and autism's special place in the media must be used for the benefit of all the other disorders.

Second, the issue of lawsuits is an extremely thorny one. What are these parents doing? I was saying earlier that an autistic child, especially if there is an associated impairment, has to be placed in a special school.

At what age does school start? At age 5 or 6. What happens between the time when the child is diagnosed at age 2 and the time when school starts? Currently, in Quebec, rehabilitation services take care of that and do what is called early intervention.

All of the lawsuits in Canada were filed by parents seeking a certain number of hours of early intervention for their child between diagnosis at around age 2 and the point at which, at age 5, the same early intervention will be provided free of charge by the school.

I should tell you that I am acting as an expert in a class action, so I cannot say I am against class actions. It is only natural that children should get the same type of free services between ages 2 and 5 as they will get between age 5 and adulthood.

Currently, because of a legal oddity, the parents of an autistic child are entitled to services for the child from age 5 to 18. After 18, the child is considered an adult.

By the way, there is a little gem in your document: "Autism, a Childhood Illness?" But they do not all die at 18. After 18, they are still autistic. And before 5, they were also autistic.

The main point of class actions is obviously to seek services for this period from age 2 to 5, which is extremely important for neuroplasticity, because things that can be acquired between ages 2 and 5 can no longer be acquired later.

Clearly, they have to have the same quality of services before school and after school. That is the main point in these class actions.

Class actions are extremely litigious. And they have taken the worst page from the book of American experience: A Capacity to Distort Information for Trial Purposes. In order to win a class action, some go too far. They say, for example, that if autistic children are treated between age 2 and 5, they will be completely healed.

I regularly protest against that in *La Presse*. And Rémi has set up a committee of the greatest experts in diagnosis in the world, which produced an extraordinary report on the value of these rehabilitation therapy methods, saying that were conducive to improvement. But, first, these improvements are not, in general,

neurodéveloppementaux comme un tout et se servir de la faveur médiatique liée à l'autisme pour faire avancer le reste.

Deuxièmement, l'affaire des poursuites est un point extrêmement délicat. Que font ces parents? Je vous disais tout à l'heure qu'un enfant autiste, surtout s'il a une déficience d'accompagnement, doit être admis dans une école spécialisée.

À quel âge commence-t-on à l'école? À 5 ou 6 ans. Qu'est-ce qui se passe avant entre deux ans, le moment du diagnostic, et le moment d'aller à l'école? À l'heure actuelle, au Québec, c'est le service de la réadaptation qui se charge de cela et il fait ce qu'on appelle de la stimulation précoce.

Toutes les poursuites que nous avons au Canada sont des poursuites de parents qui demandent un certain nombre d'heures de stimulation précoce pour leur enfant entre le moment où il est diagnostiqué vers 2 ans et le moment où, à 5 ans, la même stimulation précoce va être prise en charge gratuitement par l'école.

Je dois dire que je sers d'expert pour un recours collectif et donc, je ne peux pas dire que je suis contre les recours collectifs. Il est tout à fait normal qu'on obtienne pour les enfants le même type de services gratuits entre l'âge de deux à cinq ans que les services qu'ils recevront entre l'âge de cinq ans et la majorité.

À l'heure actuelle, à cause d'une bizarrerie légale, les parents d'un enfant autiste ont droit à des services pour l'enfant âgé de 5 à 18 ans. Après 18 ans, l'enfant est considéré comme un adulte.

En passant, il y a une petite perle dans votre document: «L'autisme, c'est une maladie des enfants?» Mais ils ne meurent pas tout à 18 ans. Après 18 ans, ils sont toujours autistes. Et avant 5 ans, ils étaient aussi autistes.

Le point fort des recours collectifs, c'est évidemment de demander des services pour cette période de 2 à 5 ans, qui est extrêmement importante pour la plasticité cérébrale, parce que les choses qui peuvent s'acquérir entre deux et cinq ans ne peuvent plus s'acquérir après.

Il faut, évidemment, qu'ils aient la même qualité de services avant l'école qu'après l'école. C'est le point fort dans les recours collectifs.

Les recours collectifs sont extrêmement judiciairisés. Et ils ont pris le pire de ce qu'on voit chez nos voisins américains: une capacité de détourner l'information pour faire des procès. Pour gagner ce recours collectif, certains vont trop loin. Ils disent, par exemple, que si on traite les enfants autistes entre l'âge de 2 à 5 ans, ils seront totalement guéris.

Régulièrement dans la presse je me dresse contre cela. Et Rémi a mis sur pied un comité où le plus grand expert en diagnostics de l'autisme au monde a fait un extraordinaire rapport sur la valeur de ces méthodes thérapeutiques de réadaptation en disant qu'elles favorisent des progrès. Mais, premièrement, ces progrès ne sont

correctly quantified by the research. Second, the patients are not cured, contrary to what some have been saying.

That is of no importance. Are we going to stop providing palliative care because it does not cure people? Unfortunately, class actions have tended to overstate the impact or rather to overstate our scientific knowledge of the impact of early rehabilitation methods to make their point. I fully support these methods, but there is no need to lie to justify them.

[English]

**Senator Robertson:** I am impressed. Thank you very much for your presentations this morning. You have separated mental health and mental illness very nicely. Some of you have spoken about prevention in certain areas — a topic about which some of us feel strongly.

Usually, in Canada, the first door that a patient goes through is the family practitioner's door. I suppose it depends on the province in which you live, but often the family practitioner knows very little about psychiatric problems.

Generally speaking, how much time medical students who are going into general practice spend on problems related to mental illness?

We had a similar situation with geriatrics about 20 years ago. Family practitioners were seeing senior patients, yet they had no training in geriatrics; they did not know what kinds of strengths of medications to prescribe. It was really quite sad.

I should like to know your appraisal of what is going on in mental health, please?

**Dr. Maziade:** There is a problem at both ends of the continuum. There is certainly a problem at the training stage. There has been a great development of knowledge in medicine in general. Then there are the increasingly complex specialties. For example, today in psychiatry, there are 10 or 15 sub-specialties — several in child psychiatry, several in adult psychiatry, and several in geriatric psychiatry.

However, it is difficult for a medical doctor to get everything or most of the basic knowledge at the medical school level. That is why we are trying to get continuing education in medicine operating in all provinces in Canada. There is training, but it is not necessarily sufficient as a result of the continuing increase in knowledge.

The problem at the other end of the continuum is for the medical doctor to have access to the specialists. The average age of medical specialists in the Province of Quebec is between 52 and 54 — largely as a result of government policies. I would expect the statistics would be similar throughout the rest of Canada. We need these specialists to provide continuing education. Family doctors know they will have a problem getting a fast consultation from a specialist because there is a lack of specialists in psychiatry.

pas, en général, quantifiés correctement par la recherche. Deuxièmement, les patients ne guérissent pas, contrairement à ce qu'on disait.

Cela n'a aucune importance. Est-ce qu'on va arrêter de donner des soins palliatifs parce qu'ils ne guérissent pas? Malheureusement, les recours collectifs ont eu tendance à exagérer l'impact ou plutôt à exagérer ce que l'on sait scientifiquement de l'impact des méthodes de réadaptation précoce pour gagner leur point. Je soutiens à fond ces méthodes, mais il n'est nul besoin de mentir pour qu'elles soient justifiées.

[Traduction]

**Le sénateur Robertson:** Je suis impressionnée. Je vous remercie de vos exposés. Vous avez bien fait la distinction entre la santé mentale et la maladie mentale. Vous avez parlé de prévention dans certains domaines, et c'est un sujet qui nous passionne.

Généralement, au Canada, le patient va tout d'abord frapper à la porte du médecin de famille. Tout dépend de la province où il réside, mais généralement, le médecin de famille n'est pas très bien renseigné sur les problèmes psychiatriques.

De façon générale, combien de temps les étudiants en médecine qui veulent devenir généraliste consacrent-ils aux problèmes liés aux maladies mentales?

La situation était semblable en matière de gériatrie il y a une vingtaine d'années. Les médecins de famille voyaient des patients âgés, mais ils n'avaient suivi aucune formation en gériatrie; ils ne savaient pas quels dosages prescrire. C'était déplorable.

J'aimerais savoir comment vous évaluez la situation actuelle en ce qui concerne la santé mentale.

**Dr Maziade:** Il y a un problème aussi bien en aval qu'en amont. De toute évidence, il y a un problème au niveau de la formation. L'ensemble des connaissances en médecine a progressé considérablement. Les spécialités sont de plus en plus complexes. Ainsi, il existe aujourd'hui 10 ou 15 sous-spécialités en psychiatrie, dont plusieurs en pédopsychiatrie, plusieurs en psychiatrie de l'adulte et plusieurs en psychiatrie gériatrique.

Cependant, il est difficile, pour un médecin, de tout apprendre pendant ses études de médecine. C'est pourquoi nous essayons d'assurer une formation continue dans toutes les provinces. Cette formation existe, mais elle n'est pas forcément suffisante, compte tenu de l'élargissement constant des connaissances.

À l'autre extrémité, il faut aussi que le médecin ait accès à des spécialistes. Au Québec, l'âge moyen des médecins spécialistes est de l'ordre de 52 à 54 ans, notamment à cause de l'action des pouvoirs publics. Je suppose que les statistiques sont du même ordre dans le reste du Canada. Il faut que ces médecins spécialistes donnent de la formation continue. Les médecins de famille savent qu'il est difficile d'obtenir rapidement une consultation auprès d'un spécialiste, à cause de la pénurie de psychiatres.



There are problems at both ends of the continuum.

**Dr. Quirion:** It is true that we need to work to ensure that the curriculum is adequate with respect to mental health and mental illness at the medical school level — we need to cover the spectrum from basic science to population health. We also need to work closely with groups that promote continuing medical education.

At this institute, we have met with the Canadian Medical Association and the Canadian Psychiatric Association to see how we can work together to try to provide access or better access to these kinds of refresher courses. We know that the physicians in primary care will see a lot of mental health patients — particularly those suffering from depression.

We also need to work with other groups at the federal level. The federal government now deals with telehealth. There is an opportunity for us there. Last week I visited the University of Moncton. There is no real hope that we will be able to have 15 psychiatrists providing services to the French community in New Brunswick and the Maritimes. We need to find a way to link them with Dalhousie, Sherbrooke, Laval, and Montreal by using telehealth-type systems to provide continuing medical education at that level.

Finally, we need to decrease stigma not only at the level of the public, but also in the medical profession. Psychiatrists are still stigmatized compared with the other types of doctors. It is still often seen more as an art than a science. This needs to change. We need to make sure that the young students will be stimulated to go into psychiatry.

**Senator Robertson:** At some point, our committee will have to recommend to the federal government increases in funding for mental health research. If we are able to do that and get a positive response — which we would expect to get — would the research agencies be able to come up with an agreed agenda that we could recommend to the federal government?

As you respond, please think about where we have to start with the public so that we can eliminate stigmatization or discrimination.

I am thinking about an awareness campaign. If you think back many years ago when smoking was considered “cool” and cigarette companies financed sporting events, dance events and all sorts of glamorous things. With the proper type of advertising, that soon turned around. Perhaps we should not overlook the power of advertising to get the public on our side.

However, I should like to know what you think would be a practical list. Where would we start in recommending to the government?

**Dr. Quirion:** We are rather fortunate because we have a national organization called CIHR. The Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction is under one

Il y a donc des problèmes en amont aussi bien qu'en aval.

**Dr Quirion:** Il faut effectivement veiller à ce que le programme d'enseignement soit satisfaisant au niveau des facultés de médecine en ce qui concerne la santé mentale et les maladies mentales. Il faut couvrir l'ensemble des domaines, de la science pure à la santé de la population. Il faut aussi assurer une collaboration étroite pour faire la promotion de la formation continue en médecine.

Dans notre institut, nous avons rencontré l'Association médicale canadienne et l'Association canadienne de psychiatrie pour voir comment on pouvait faciliter l'accès à ces cours de perfectionnement. Nous savons qu'au niveau des soins de première ligne, les médecins voient de nombreux cas de santé mentale, en particulier des personnes qui souffrent de dépression.

Il faut aussi collaborer avec d'autres instances au niveau fédéral. C'est le gouvernement fédéral qui s'occupe désormais de télésanté. Pour nous, c'est une possibilité nouvelle. J'étais la semaine dernière à l'Université de Moncton. On ne peut pas vraiment espérer trouver 15 psychiatres pour desservir la communauté francophone du Nouveau-Brunswick et des Maritimes. Nous devons trouver une solution pour les mettre en rapport avec Dalhousie, Sherbrooke, Laval et Montréal par un service de type télésanté afin d'assurer la formation médicale continue à ce niveau.

Enfin, il faut atténuer la stigmatisation non seulement auprès de la population, mais aussi à l'intérieur même de la profession médicale. Les psychiatres sont toujours stigmatisés par rapport aux autres médecins. La psychiatrie est encore souvent considérée comme un art plutôt qu'une science. Il faut que cela change. Il faut veiller à inciter les étudiants à s'orienter vers la psychiatrie.

**Le sénateur Robertson:** Notre comité va devoir demander au gouvernement fédéral d'augmenter le financement de la recherche en santé mentale. Si nous obtenons une réponse positive, comme nous l'espérons, les organismes de recherche pourront-ils se mettre d'accord sur un programme que nous pourrions recommander au gouvernement fédéral?

En répondant, songez à tout le chemin que nous avons à faire avec le public pour éliminer la stigmatisation ou la discrimination.

Je songe à une campagne de sensibilisation. Rappelez-vous qu'il y a de nombreuses années, lorsque fumer était considéré «dans le vent», les compagnies de tabac finançaient des événements sportifs, des spectacles de danse, toutes sortes d'événements prestigieux. Grâce à une publicité appropriée, cela a vite changé. Il ne faudrait pas oublier le pouvoir de la publicité pour s'attirer la sympathie du public.

Toutefois, j'aimerais savoir quel serait, à votre avis, une liste pratique. Quel genre de recommandation faut-il commencer par faire au gouvernement?

**Dr Quirion:** Nous avons de la chance car il y a un organisme national appelé les IRSC. L'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies relève de lui et donc nous n'avons pas

umbrella so we do not have to discuss such topics with 15 scientific directors as they do at the National Institutes of Health in the United States.

What we will have to do — and we can do it relatively quickly — is to meet with potential partners at the federal level. For example, we should meet with Mr. Marc Renaud at the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, SSHRCC, because there is a social component. We should also work with Health Canada to ensure that mental health and mental illnesses are placed high on the agenda in that department. It is not there now. They talk about physical health and mental health should be part of that. You cannot cut it off there.

We could create a national research agenda that would include advertising and an anti-discrimination campaign. We could do that fairly rapidly and provide it to you to help you in your deliberations.

**Senator LeBreton:** Those were all excellent and compelling pieces of information and testimony.

Dr. Quirion, you talked about the whole, of being the “final frontier.” I think those are very important operative words. In response to a question, you said, “the time is now.” Then we had the discussion of stigma.

In your presentation, you used the term “neuroethics.” Would you expand a little on what that term means for a layperson such as myself?

**Dr. Quirion:** That is a good question.

There are aspects of ethics related to mental illnesses that are a bit different from those related to other disorders such as cardiovascular disease or cancer. For example, there is the issue of informed consent to participate in drug trials. If a patient is in a depressed state, there is always discussion as to whether he or she understands everything about the consent form. There are other ethical issues related to privacy and to the placebo effect that may be quite different from those related to other kinds of illness.

The term “neuroethics” is rather new and not necessarily accepted by everyone. However, it is a way for us to highlight the fact that there is something special about mental health, mental illness and other brain diseases. We need to pay special attention to these issues and invest in research that addresses issues related to mental health and mental illness.

There is also the moral aspect. We know more and more about the brain function. For example, now using brain imaging, you can provide evidence that a person could be, perhaps, more sensitive and more responsive under high stress. There are concerns that such information could be used to prevent people from working in professions of their choice because of a particular weakness in a particular part of their brains.

à discuter de ces questions avec 15 directeurs scientifiques comme on le fait à l'Institut national de la santé aux États-Unis.

Ce que nous devons faire — et nous pouvons le faire assez rapidement — c'est nous réunir avec d'éventuels partenaires au palier fédéral. Par exemple, il nous faut rencontrer M. Marc Renaud du Conseil de recherche en sciences humaines, le CRSH, à cause de la composante sociale. Il nous faut également travailler avec Santé Canada afin de nous assurer que la santé mentale et les maladies mentales figurent en tête de liste du programme de ce ministère. Ce n'est pas le cas actuellement. On parle de santé physique et on doit inclure la santé mentale dans cette perspective. On ne peut pas s'arrêter là.

Nous pourrions créer un programme national de recherche qui inclurait une campagne de publicité et de lutte contre la discrimination. Nous pourrions le faire assez rapidement et vous en faire part afin que cela vous aide dans vos délibérations.

**Le sénateur LeBreton:** Les exposés et les témoignages étaient excellents et convaincants.

Docteur Quirion, vous avez parlé de la «dernière frontière». Je pense que c'est très important. En réponse à une question, vous avez dit: «Le temps est venu». Ensuite nous sommes passés à cette discussion de la stigmatisation.

Dans votre exposé, vous avez utilisé le terme «neuroéthique». Pourriez-vous en dire un peu plus long là-dessus pour une simple profane comme moi?

**Dr Quirion:** Voilà une excellente question.

Il y a des aspects de l'éthique dans le contexte des maladies mentales qui sont un peu différents de ceux pour d'autres maladies telles que les maladies cardio-vasculaires ou le cancer. Par exemple, il y a la question du consentement éclairé pour participer à des essais cliniques de médicaments. Si un patient est déprimé, il y a toujours une discussion pour déterminer s'il comprend tout ce qui découle du formulaire de consentement. Il y a d'autres questions d'éthique relativement à la vie privée et au placebo qui peuvent être très différentes de celles liées à d'autres types de maladies.

Le terme «neuroéthique» est assez récent et n'est pas nécessairement accepté par tous. Toutefois, pour nous, c'est une façon de souligner le fait qu'il y a quelque chose de spécial dans le cas de la santé mentale, des maladies mentales ou des maladies du cerveau. Il nous faut accorder une attention toute particulière à ces questions, investir dans la recherche sur ces questions.

Il y a également l'aspect moral. Nous savons de plus en plus comment fonctionne le cerveau. Par exemple, maintenant, grâce à une imagerie cérébrale, il est possible de démontrer qu'une personne pourrait peut-être être plus sensible, plus réceptive en état élevé de stress. On s'inquiète que ce genre d'information pourrait servir à empêcher des gens de travailler dans la profession de leur choix à cause d'une faiblesse particulière dans cette région de leur cerveau.



As we learn more about brain function, we have to make sure that society will not use the information to practice discrimination. Last fall I gave a lecture at UNESCO on ethics. I have provided copies of my related slides in the handout.

**Senator LeBreton:** Incidentally, I loved your example of a double standard on the stigma, men/burn-out versus women/depression.

**The Chairman:** I think you can guarantee that will end up in our final report in some form.

**Senator LeBreton:** You also talked about losing researchers in the 1990s. To whom did we lose them and has the situation improved since that time?

**Dr. Quirion:** Yes. The situation has improved quite a lot. It is still very competitive. Research has no boundaries; it is international. The best researchers always have offers to move elsewhere. However, programs such as the Canadian Fund for Innovation have helped to recruit some of these young scientists back into the country. It is a very competitive area.

Addiction research was quite strong in Canada in the '70s, '80s, and early '90s. However, as a result of a crisis in funding, the already small addiction research community was cut drastically. We lost key people to the National Institute on Drug Abuse in the United States.

Now, we have to find ways to attract people into the country. The University of Toronto recently recruited a first-class addiction specialist from Germany and he got a Canada Research Chair position. There are opportunities. We will always lose some; and we will gain others.

Most of my students are not working in Canada; they are working in the United States and Europe. I hope to be able to recruit them back to the country. The best ones will always have a lot of opportunities, so we have to offer them good conditions in our centre at the university to make sure they will stay in the country.

**Senator LeBreton:** You face the same situation as many of the other areas in keeping them here.

Is there anything that deals with the stigma within your own profession? Is it difficult to get people to practice in this particular field? There was a time when everybody used to call psychiatric doctors "Shrinks." My sense is that this is a highly specialized field and if I were one of you, I would not to be seen by the general public as odd or different because of the profession I have chosen.

How do you deal with that in your own profession?

**Dr. Maziade:** I think that discrimination from our colleagues in other specialties is more prevalent in the older section of the profession. It is understandable. However, we do not see it so much in the younger ranks because the new image of psychiatry is

Plus nous en apprenons sur le fonctionnement du cerveau, plus nous devons nous assurer que la société n'utilisera pas cette information à des fins discriminatoires. L'automne dernier, j'ai donné une conférence à l'UNESCO sur l'éthique. J'ai inclus des copies des diapositives dans la trousse.

**Le sénateur LeBreton:** En passant, j'ai beaucoup aimé votre exemple de deux poids deux mesures quand vous avez comparé le burn-out chez les hommes et la dépression chez les femmes.

**Le président:** Je pense que l'on peut vous promettre que cela figurera quelque part dans notre rapport final.

**Le sénateur LeBreton:** Vous avez parlé de la perte de chercheurs dans les années 90. Où sont-ils allés et la situation s'est-elle améliorée depuis lors?

**Dr Quirion:** Oui. La situation s'est considérablement améliorée. C'est toujours un milieu très concurrentiel. La recherche ne connaît aucune frontière, c'est un domaine international. Les meilleurs chercheurs reçoivent toujours des offres pour aller ailleurs. Toutefois, des programmes tels que ceux de la Fondation canadienne pour l'innovation nous ont aidés à attirer à nouveau ces jeunes chercheurs au Canada. Il y a beaucoup de concurrence dans ce secteur.

Les recherches en toxicomanie étaient très solides au Canada dans les années 70, 80 et au début des années 90. Toutefois, suite à une crise au niveau du financement, la petite communauté de chercheurs dans ce domaine a été réduite de façon marquée. Nous avons perdu du personnel essentiel à la National Institute on Drug Abuse aux États-Unis.

Maintenant, il nous faut trouver des façons d'attirer des chercheurs au Canada. L'Université de Toronto a récemment recruté un spécialiste en toxicomanie de premier plan de l'Allemagne et il a obtenu une chaire de recherche au Canada. Il y a des possibilités. Nous allons toujours perdre des chercheurs, nous allons toujours en attirer d'autres.

La plupart de mes étudiants ne travaillent pas au Canada; ils travaillent aux États-Unis et en Europe. J'espère pouvoir les faire revenir au Canada. Les meilleurs auront toujours toutes sortes de possibilités, et donc nous devons leur offrir de bonnes conditions dans notre centre à l'université pour nous assurer qu'ils restent au Canada.

**Le sénateur LeBreton:** Nous faisons face à la même situation dans de nombreux autres domaines.

Est-ce qu'il y a une façon de s'attaquer à la stigmatisation au sein de votre propre profession? Il est difficile de trouver des gens qui pratiquent dans certains domaines. Il y a eu une époque où on qualifiait les médecins en psychiatrie de «shrinks». Or j'ai l'impression que c'est un domaine extrêmement spécialisé et si j'étais des vôtres, je ne voudrais pas que la population en général me considère différent à cause de la profession que j'ai choisie.

Comment faites-vous face à cela dans votre propre profession?

**Dr Maziade:** Je pense que la discrimination provenant de nos collègues dans d'autres disciplines existe en plus grande mesure dans les secteurs plus anciens de notre profession. Ça se comprend. Toutefois, c'est beaucoup moins commun chez les

both brain and environment; it is pharmacotherapy and psychotherapy. It is now recognized at the medical school and by the residents in other specialities.

We have been, and still are, discriminated against as psychiatrists and it is our own fault. Our patients are not to blame; it is our own history. In the 1950s and up until the late 1960s, psychoanalysis was very prevalent and everything was environmental. It is as if the brain did not exist at all. If you look at papers published at the time, all those disorders — schizophrenia, autism, and manic-depressive depression — were the fault of the mother. It was always because the mother was lacking in education. Do you remember all those education trends and books?

**Senator LeBreton:** Yes, unfortunately.

**Dr. Maziade:** There is still some of that in French psychiatry from France. Just a few years ago, a respected French journal published an article that stated that autism was still a disorder caused by a lack of relationship between the infant and the mother. There is still some residue of today.

In those days, we accused people. I am a practising child and adolescent psychiatrist and I did that myself as a resident in the early 1970s. I was giving the parents the diagnoses for this terrible disorder and instead of providing support to them, as one would if their child had a cardiac disorder, I was accusing them because I was suggesting that they go to psychotherapy to help the child, because something was missing in the relation.

That was terrible.

**The Chairman:** This was as recently as 30 years ago?

**Dr. Maziade:** Yes. That was the practice in 1972.

**The Chairman:** Your story sounds to me like the 1800s.

**Dr. Maziade:** As both Dr. Quirion and Dr. Motttron both said, that is why there has been a tremendous change in the field. We certainly need your committee to transmit that image of the field in terms of research and practice. It is changing. However, my colleagues who are over 55 years of age knew psychiatry in the same way; many believe we still practise that way. However, our practice now is balanced.

There is still what I call “anti-medical pressure.” I am very multidisciplinary, however, it is very difficult in Canada and in the province of Quebec for a medical doctor to have pro-medical thoughts. The sense is that if a doctor says, “I am a doctor. I am putting ahead medical concepts,” he or she risks accusations of being unidisciplinary. I have felt more discrimination from other health professionals for being a medical doctor than for being a psychiatrist.

jeunes à cause de la nouvelle image de la psychiatrie où le cerveau et le milieu ont tous deux leur place; c’est de la pharmacothérapie et de la psychothérapie. C’est un domaine reconnu par les écoles de médecine et par les résidents dans d’autres disciplines.

Nous avons été et demeurons l’objet de discrimination comme psychiatres et c’est notre faute. Il ne faut pas en tenir nos patients responsables; c’est notre propre histoire. Dans les années 50 et jusqu’à la fin des années 60, on utilisait beaucoup la psychoanalyse et tout dépendait du milieu. C’était comme si le cerveau n’existait pas du tout. Si vous regardez les documents publiés à l’époque, tous ces désordres — la schizophrénie, l’autisme, la psychose maniaco-dépressive — étaient la faute de la mère. C’était toujours parce que la mère n’avait pas l’éducation voulue. Vous rappelez-vous de toutes ces tendances en éducation et des livres?

**Le sénateur LeBreton:** Oui, malheureusement.

**Dr. Maziade:** Ça se voit encore jusqu’à un certain point en psychiatrie en France. Il y a quelques années, un journal français respecté a publié un article dans lequel on affirmait que l’autisme était un désordre causé par le manque de relation entre l’enfant et sa mère. Il y a donc encore quelques relents.

À l’époque, on accusait les gens. Je suis un psychiatre spécialisé dans l’enfance et l’adolescence et je l’ai fait moi-même comme résident au début des années 70. Je transmettais le diagnostic de cette maladie terrible aux parents et au lieu de les soutenir, comme je l’aurais fait si l’enfant avait eu une maladie cardiaque, je les accusais parce que je leur recommandais de faire de la psychothérapie pour aider leur enfant, parce qu’il manquait quelque chose dans leur relation avec cet enfant.

C’était terrible.

**Le président:** Tout cela il y a à peine 30 ans?

**Dr. Maziade:** En effet. C’était la pratique en 1972.

**Le président:** On a l’impression d’être au XIX<sup>e</sup> siècle.

**Dr. Maziade:** Comme l’ont dit le Dr. Quirion et le Dr. Motttron, cela explique pourquoi il y a eu une évolution considérable dans le domaine. Nous avons besoin de votre comité pour qu’il fasse connaître cette évolution en termes de recherche et de pratique. Les choses changent. Toutefois, mes collègues qui ont plus de 55 ans ont déjà connu les pratiques de psychiatrie dont j’ai parlé et beaucoup de gens croient toujours que cette pratique perdure. Non, car la pratique est aujourd’hui plus équilibrée.

Il existe toujours ce que j’appelle personnellement les pressions contre la médecine. Je suis moi-même de formation multidisciplinaire, mais il est très difficile au Canada et au Québec pour un médecin d’avoir une attitude pro-médicale. J’entends par là si un médecin affirme qu’à titre de médecin, il préconise des notions médicales, il risque de se voir accuser d’être unidisciplinaire. Les autres professionnels de la santé ont eu davantage de comportements discriminatoires à mon égard dans mon rôle de médecin que dans mon rôle de psychiatre.



## [Translation]

**Dr. Mottron:** I would like to reply as regards the indications of discrimination with respect to psychiatry that I see in my practice. The discrimination I see most often does not target psychiatry directly, but rather the psychiatric hospital as an entity.

I think that governments, particularly provincial governments, pay too close attention to lobby groups which have lumped the whole hospital together and said that hospitals must be rejected. I heard the heads of lobby groups say that certain hospitals should not be changed, but rather destroyed.

It goes without saying that this is an extremely dangerous stalinist position. We see what was done at the Douglas Hospital, a psychiatric hospital which has had its share of lawsuits, like all hospitals, but it is now a research centre. It is a hospital, but it is also a research centre.

I think discrimination toward psychiatric hospitals would be really changed if we were to improve hospitals to make them into very well maintained places that could be used as the basis for research centres.

At the moment, and this is unfortunately very true in Quebec, there is a movement that maintains, in a non-discriminating way, that patients must be taken out of hospitals, full stop. And often, we get patients in through the back door, because extremely violent, dangerous patients who are not hospitalized would be placed in hospital prisons.

Moreover, some proponents of early intervention say that it cures these patients, which is false. There is another group that holds that violence is eliminated and there is no need to send a patient to the hospital if rehabilitation methods are used.

I would say that these are half-truths. There is something very intelligent and profound in these methods. However, unfortunately, this position is not true 100 p. 100 of the time, and we will always need hospital beds for extremely difficult patients.

In Quebec, there was an extraordinary situation in which groups of parents took violent action to try to get patients out of hospitals. Another group of parents, who are in hospitals, is fighting a little less forcefully — because there are fewer of them — to have patients kept in hospitals. This means that I have some protection against lawsuits, because they are fighting against each other.

Psychiatric hospitals must not be stigmatized. We must help eliminate reactionary practices, and heaven knows there were many. Psychiatric hospitals must be improved so that they can be used for research purposes, and this vocation must be maintained.

I am very pleased with the work being done at the Douglas and also at the University of Montreal. Research must remain within the hospital setting, because the only way of reforming a psychiatric hospital is from the inside out. If we remove the people who work there, it will remain as it was.

## [Français]

**Dr Mottron:** Je voudrais répondre au sujet des marques de discrimination à l'égard de la psychiatrie que j'observe dans ma pratique. La discrimination que je vois le plus ne vise pas directement la psychiatrie mais plutôt l'hôpital psychiatrique considéré comme une entité.

Je crois que les gouvernements, surtout au niveau provincial, ont eu une oreille trop tendre à l'égard de groupes de lobbying qui ont fait un tout avec l'hôpital en disant: il faut rejeter les hôpitaux. J'ai entendu des directeurs de groupes de lobbying dire à propos d'un hôpital: «Cet hôpital, on ne le transforme pas, on le détruit.»

C'était évidemment des positions staliniennes tout à fait dangereuses. On voit ce qui a été fait à l'Hôpital Douglas, un hôpital psychiatrique qui a son lot de poursuites comme tous les hôpitaux, et qui est maintenant un centre de recherche. C'est un hôpital, mais c'est aussi un centre de recherche.

La discrimination à l'égard des hôpitaux psychiatriques serait, à mon avis, beaucoup modifiée si on améliorait les hôpitaux d'une façon positive pour en faire des lieux qui peuvent servir de base à des centres de recherche.

À l'heure actuelle, et c'est malheureusement très vrai au Québec, il existe un mouvement qui dit de façon non discriminante: il faut sortir les patients des hôpitaux, un point c'est tout. Et souvent, on fait rentrer les patients par la porte de derrière, parce que quand on a des patients extrêmement violents et extrêmement difficiles qui ne sont pas à l'hôpital, ils seront placés dans des prisons hôpital.

De plus, on a un discours en faveur de l'intervention précoce qui dit: si on fait l'intervention précoce, on guérit ces patients, ce qui est faux. Un autre discours dit: si on applique des méthodes de réadaptation, la violence est supprimée, il n'y a pas besoin d'envoyer le patient à l'hôpital.

Je vous dirais que ce sont des demi-vérités. Il y a quelque chose de très intelligent et de très profond dans ces méthodes. Mais, malheureusement, ce n'est pas vrai à 100 p. 100 et on aura toujours besoin de lits d'hôpital et d'hospitalisation pour des patients extrêmement difficiles.

Au Québec, on a eu une situation extraordinaire où des groupes de parents ont milité, *manu militari*, d'une façon violente, pour la sortie des patients des hôpitaux. Et un autre groupe de parents, des parents qui sont dans les hôpitaux, milite avec un peu moins de véhémence — parce qu'ils sont moins nombreux — pour qu'on les laisse les patients dans les hôpitaux.

Il ne faut pas stigmatiser l'hôpital psychiatrique. Il faut aider à en supprimer les pratiques rétrogrades, et Dieu sait s'il y en avait. Il faut l'améliorer pour qu'il serve à la recherche, et pour ça il faut le garder.

Je suis très content de ce qui est fait au Douglas et aussi à l'Université de Montréal. Il faut que la recherche reste dans le milieu hospitalier, parce que le seul moyen de réformer un hôpital psychiatrique, c'est de l'intérieur. Si on fait sortir les gens qui y travaillent, il va rester comme il était.

[English]

**Senator Cook:** I come from Newfoundland. I have been listening to what is a very complex challenge in this particular field. From the perspective of where I live, I think it is imperative that there be a national action plan. I do not know how we can function without it. I am making the comparisons about how mental illness and wellness is treated in my own province.

We have to have dedicated research and an integrated approach, because I agree with Senator Robertson's comment that the family doctor is at the first gate. In my province, the waiting list for specialists is between 12 and 18 months. In the meantime, the patients who require care go back and forth to the family doctor and get prescriptions for something to keep them quiet. Depending on where you live, there might be a nurse practitioner or perhaps an NGO. You have to wait and manage the problem and therein lies the problem.

I think we need a national action plan that is dedicated to best practices that can go out to the provinces — given that health is delivered provincially and funded federally. If you have an alternative, however, I would welcome it.

You talk about not having enough money. That is a perennial problem. If we manage what is available within CIHI and SSHRCC, are you getting your share? Can something be done here? Can you cut the pie differently to ensure that you get this national action plan with all those pieces in?

Mr. Chairman, in my province, if you had a mental disease you were "simple." If you had Alzheimer's you were "low-minded." There is a lot of meaning in those words. If you had epilepsy, you had "the fits," and I will leave it at that.

With respect to stigmatism, I think you have to look back at your own profession and how you dealt with it. Treatments included the lock-ward, shock therapy, and institutionalization. Now we are at the other end trying to do the opposite. I think the stigma is not with the public, I think the profession has to shoulder the responsibility.

**Dr. Quirion:** You have made a very good point.

In terms of an action plan, we all agree that the federal government needs to be involved, as it is in other aspects of health. Mental health and mental illness are critical and we should have a national type of agenda that includes cutting-end research.

In terms of access to services in various provinces, as I said, I am always optimistic. I know that is hard, there are long waiting lists. There are long waiting lists in Montreal as well.

I was very impressed when I visited Newfoundland. I have been to P.E.I. and New Brunswick. If we can capture the energy of the community in these provinces, it could be fabulous. Perhaps it will

[Traduction]

**Le sénateur Cook:** Je suis originaire de Terre-Neuve et j'ai écouté ce qui me semble être un défi très complexe dans ce domaine. Du point de vue des Terre-Neuviens, il me semble impératif de proposer un plan d'action national. Comment pourrions-nous faire sans plan de ce genre? Et je compare ici ce que vous dites à la façon dont on traite dans ma propre province les maladies mentales et le bien-être mental.

Il nous faut à la fois de la recherche ciblée et de la recherche intégrée, puisque, comme le disait le sénateur Robertson, c'est le médecin de famille qui est la porte d'entrée dans le système. Dans ma propre province, il faut attendre de 12 à 18 mois avant de voir un spécialiste. Entre-temps, les patients qui exigent des soins frappent sans cesse à la porte de leur médecin de famille qui leur donne des médicaments sur ordonnance pour les garder tranquilles. Selon l'endroit où vous habitez, vous pouvez parfois faire affaire à une infirmière praticienne ou peut-être à une ONG. Mais entre-temps, le patient doit attendre et gérer son problème, et c'est là où le bât blesse.

Il nous faut un plan d'action national, qui énonce les règles de l'art pour les provinces, puisque la santé est de compétence provinciale, même si les fonds sont fédéraux. Je serais heureux de se savoir si vous avez une autre solution à proposer.

Vous dites que vous manquez d'argent. C'est un problème éternel. Si nous gérons convenablement les fonds qui se trouvent à l'ICIS et au Conseil de recherches en science humaine, estimez-vous obtenir votre part? Peut-on agir sur ce front-là? Peut-on distribuer les fonds différemment pour que l'on puisse obtenir un plan d'action national qui intègre tous les éléments?

Monsieur le président, dans ma province, on appelait ceux qui souffrent de maladie mentale et de l'Alzheimer des simples d'esprit. Ceux qui souffraient d'épilepsie avaient leurs «crises». Ce sont des expressions lourdes de sens et je m'arrêterai là.

En ce qui concerne la stigmatisation, demandez-vous comment a réagi votre propre profession et ce que vous avez fait de la maladie. Vos traitements comprenaient l'incarcération, les traitements de choc et l'institutionnalisation. Aujourd'hui, nous sommes passés à l'autre extrême et essayons de faire le contraire. Ce n'est pas la faute aux gens si cette maladie est stigmatisée, et c'est votre profession qui doit en assumer la responsabilité.

**Dr Quirion:** Je pense que vous avez tout à fait raison.

Pour ce qui est du plan d'action, nous convenons tous que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer, tout comme dans les autres secteurs de la santé. La santé mentale et la maladie mentale sont de la plus haute importance, et le programme national devrait inclure la recherche de pointe.

Pour ce qui est d'avoir accès aux services dans les diverses provinces, je répète que je suis toujours optimiste. Je sais que c'est parfois difficile et que les listes d'attente sont longues. Les listes d'attente sont tout aussi longues à Montréal.

J'ai été très impressionné par ma visite de Terre-Neuve. J'ai visité aussi l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. Si nous pouvions capturer l'énergie qui se dégage de ces provinces,



not happen overnight. However, we should be working to provide proper telehealth services to the communities. It seems easier to convince the communities in small villages that they need to be on board. What they have done in New Brunswick on suicide is fabulous; all cases are now referred to Montreal. There is a national policy, voted in the legislature, that every case will go.

When I visited P.E.I. in relation with Alzheimer's-type dementia, it was amazing in these small villages that everyone seemed to be involved in trying to help de-stigmatize the illness and provide better services such as halfway houses and so forth. The rural aspects present a challenge. CIHR now has a research strategy for rural health. That has been a good development.

In terms of research money, of course I think I need more. We always need more. In addition, it is not just a matter of more, it is a matter of doing things a little differently so that we can integrate the entire spectrum. That is what we are trying to promote at the institute. If we can work together on that, there will be a greater overall impact at the end of the day.

**Senator Cordy:** This has been an informative morning for me. I was particularly pleased with the differentiation that you showed between the concepts of mental illness and mental health. I was also interested in your comment that the public tends to refer to illnesses such as childhood mental illness, autism and fetal alcohol syndrome as "childhood" illnesses, when indeed they are not "childhood" illnesses; they may suffer as children, but they do indeed grow up.

I would like to return to Senator LeBreton's comment about neuroethics. Does this also include balancing the rights of the patient with what the medical profession feels is right for the patient? You made reference earlier to people suffering from schizophrenia as a group with a high incidence of non-compliance with medication. You also made reference earlier to lobby groups who are saying that patients should not be hospitalized and family groups who are saying they should be hospitalized.

In balancing the two issues, is that part of what you refer to as neuroethics?

**Dr. Quirion:** Yes, it is. Phil Upshall is a lay representative on the board. He is in Montreal this week because he is working on a group studying the use of placebo for treatment of mental illnesses and also privacy. Mr. Upshall is working to ensure that the patient is involved in decision making at every step. It is not appropriate for a psychiatrist to dictate what the patient should or should not have; the patient must be involved. Mr. Upshall would be a good person to talk to about neuroethics.

ce serait fabuleux. Ce ne sera sans doute pas possible du jour au lendemain. Toutefois, nous devrions faire en sorte de pouvoir offrir à ces collectivités des téléservices de santé convenables. Il semble plus facile de convaincre les populations des petits villages de la nécessité d'aller en ce sens. Ce qu'on a fait au Nouveau-Brunswick pour aider à contrer le suicide, c'est fabuleux: tous les cas sont aujourd'hui renvoyés à Montréal. C'est ce qui a été décidé par l'Assemblée législative qui en a fait une politique pour la province.

Lorsque j'ai visité l'Île-du-Prince-Édouard dans le cadre d'une étude sur les démences comme celles qui surviennent avec l'Alzheimer, j'ai été surpris de voir à quel point dans tous ces petits villages tous les habitants mettaient la main à la pâte pour aider à déstigmatiser la maladie et pour offrir de meilleurs services tels que les maisons de transition, notamment. La ruralité présente un défi en soi. Les IRSC ont aujourd'hui une stratégie de recherche qui s'intéresse à la santé dans les régions rurales, ce qui est un pas dans la bonne direction.

Bien sûr, j'aurais toujours besoin d'avoir plus de subventions de recherche. Nous n'en avons jamais assez. Et ce n'est pas tant qu'il nous faut plus d'argent, mais il faudrait plutôt faire les choses différemment pour pouvoir intégrer au tableau tous les éléments. C'est ce que nous essayons de promouvoir à notre institut. Si nous pouvions collaborer là-dessus, nous pourrions avoir de bien meilleurs résultats en bout de piste.

**Le sénateur Cordy:** J'ai beaucoup appris ce matin à vous écouter tous. J'ai bien aimé la distinction que vous avez faite entre la santé mentale et la maladie mentale. J'ai aussi trouvé vos propos fort intéressants lorsque vous avez dit qu'aux yeux de la population, certaines maladies telles que la maladie mentale infantile, l'autisme et le syndrome de l'alcoolisme foetal, sont considérées comme étant des maladies d'enfance, alors que ce n'est nullement le cas: les enfants peuvent bien en souffrir au cours de leur enfance, mais ils finissent par grandir.

Je voudrais revenir à ce que disait le sénateur LeBreton au sujet de la neuroéthique. Votre définition s'applique-t-elle lorsqu'il s'agit de faire la part entre les droits du patient, d'une part, et ce que la profession médicale juge être l'intérêt du patient? Vous avez dit plus tôt que les schizophrènes constituent collectivement un des groupes de malades qui prend le moins ses médicaments d'ordonnance. Vous avez également mentionné certains groupes de pression pour qui les patients ne devraient pas être hospitalisés, contrairement à ce que demandent les familles.

La conciliation des intérêts des deux parties, est-ce cela la neuroéthique?

**Dr. Quirion:** Oui, c'est bien cela. Phil Upshall est un des représentants profanes qui siègent au conseil. Il est actuellement à Montréal, parce qu'il siège à un groupe de travail qui se penche sur le recours au placebo pour traiter les maladies mentales et les questions de protection de la vie privée. Pour M. Upshall, il est primordial que le patient soit présent à toutes les étapes de la prise de décision. Il ne convient pas qu'un psychiatre décide pour le patient ce qu'il doit suivre ou non comme traitement; le patient doit avoir voix au chapitre. M. Upshall pourrait vous en dire plus long sur la neuroéthique.

**Senator Morin:** I think that Senator Cordy is referring to an issue that is currently before the Supreme Court of Canada that concerns the rights of the patient. In this case, a patient is refusing treatment despite the fact that his physician and his entire family — including his own mother — think that he should be treated. That is a very important issue right now, I am sure, for your profession.

**Dr. Maziade:** This is an extreme case and there will always be extreme cases. In terms of ethics, there is a new profession evolving in Canada and other countries. Universities are developing new curriculum. In several instances, “true bioethics” is balancing the risks of research against the benefits. We cannot just make a list of the risks, because that could result in a decrease, rather than an increase, in research. We must properly supervise research.

This is a concept that must be addressed. Research is evolving in the uncertainty area. We do not have research in the status quo. There are risks in the area of uncertainty. The real research in bioethics — what we need — is to balance the risks against the benefits for all psychiatric patients.

I should also like to remind you that the lack of psychiatrists in several provinces is not a result of young medical doctors opting not to study psychiatry. There are government policies that limit the number of specialists in psychiatry.

Finally, I would like to reiterate a point that Dr. Mottron made earlier. In several provinces in Canada, for reasons we mentioned, there is a very strong lobby from other professionals and groups of parents against the psychiatric institute. In most North American university cities, they are developing, excellent innovative treatments and enhancing research in neuropsychiatric institutes. In Canada, we need to maintain strong, modern neuropsychiatric institutes that foster research and innovative treatments. Our institutes must emphasize openness and networking with the communities rather than just fight the forces that try to destroy them.

**Senator Cordy:** Dr. Mottron, you talked about autistic children entering the school system. Since the early 1980s in Nova Scotia, there has been a big movement to include children with autism into regular classrooms, which may have thirty-odd children. I would like some clarification. Do you think that these children should be included in classes with high numbers?

[Translation]

**Dr. Mottron:** I really think I am going to reach a record number of lawsuits. In the *Handbook of Autism and Developmental Disorders* on which there is scientific consensus, as far as possible on these issues, the article on integration is very lukewarm and moderate, to say the least.

**Le sénateur Morin:** Je crois que le sénateur Cordy avait en tête un cas qui est actuellement à l'étude à la Cour suprême du Canada et qui concerne les droits du patient. Dans l'affaire en question, un patient refuse d'être traité même si son médecin et toute sa famille — y compris sa propre mère — sont d'avis qu'il devrait l'être. Je suis sûr que c'est une question de la plus haute importance pour votre profession.

**Dr Maziade:** Il s'agit d'un cas extrême, comme il y en aura toujours. Mais en termes de déontologie, il existe une nouvelle profession qui voit le jour au Canada et dans d'autres pays. Les universités sont même en train de préparer un nouveau programme. La véritable bioéthique consiste souvent à équilibrer les risques de la recherche et les avantages. Nous ne pouvons pas uniquement nous permettre d'énumérer les risques, car cela entraînerait une diminution de la recherche, plutôt qu'une augmentation, et c'est pourquoi il faut néanmoins continuer à superviser convenablement la recherche.

C'est un aspect qu'il faut tirer au clair. La recherche est empreinte d'incertitude et elle est incompatible avec le statu quo. Et qui dit incertitude dit risques. Le but de la véritable recherche en bioéthique est de concilier les risques et les avantages pour chaque patient psychiatrique.

Je voudrais également vous rappeler que s'il y a pénurie de psychiatres dans plusieurs provinces, ce n'est pas tant que les jeunes médecins choisissent de ne pas étudier la psychiatrie. C'est que les politiques gouvernementales visent à limiter le nombre de spécialistes en psychiatrie.

En dernier lieu, j'aimerais reprendre à mon compte ce que disait plus tôt le Dr Mottron. Dans plusieurs provinces, et pour des raisons déjà mentionnées, très fortes pressions sont exercées par d'autres professionnels et des groupes de parents pour empêcher les instituts de psychiatrie d'agir. Dans la plupart des villes universitaires d'Amérique du Nord, les instituts de neuropsychiatrie mettent au point d'excellents traitements novateurs et approfondissent leurs recherches. Au Canada, il nous faut garder des instituts de neuropsychiatrie forts et modernes pour qu'ils favorisent la recherche et les traitements novateurs. Nos instituts doivent mettre l'accent sur l'ouverture et le réseautage avec les collectivités plutôt que de consacrer leurs énergies à combattre ceux qui veulent les détruire.

**Le sénateur Cordy:** Docteur Mottron, vous avez parlé de l'entrée des enfants autistiques dans le système scolaire. Depuis le début des années 80 en Nouvelle-Écosse, on a assisté à un mouvement en vue d'intégrer les jeunes autistes dans les salles de classe régulières, qui comptent une trentaine d'enfants. J'aimerais quelques précisions. Pensez-vous que ces enfants devraient être intégrés dans de grandes classes comme celles-là?

[Français]

**Dr Mottron:** Dans le *Handbook of Autism and Developmental Disorders* qui est consensuel autant qu'on puisse l'être en sciences sur ces questions, l'article sur l'intégration est pour le moins très tiède et très modéré.



Many adults with autism say that the worst time of their life was when they were being persecuted by other children at regular schools. There are two ways of viewing integration as well: first of all, the politically correct way, in which all individuals are given the same rights — obviously this is a desirable approach — and second, the practical implications of carrying out this good idea. What happens when someone with serious neurogenetic problems that interfere with understanding social mechanisms is placed with normal 13-year-olds is that he or she quickly becomes a victim. Integration may produce exactly the opposite result from that desired.

In the case of very young children, lobby groups are completely justified in asking for one assistant for each child or for every two children in a class or group. That is the final opinion contained in the report prepared by the committee I was referring to earlier: one assistant for two individuals. That was not exactly a regular school.

We cannot put these children into regular schools and have one assistant for two children. In Quebec, some children are integrated into regular schools, and they have a full-time assistant with them. That does not make much sense.

I think that on this point, I really agree with what Dr. Maziade said: Let us start with the diseases, that is let us try to discern properly and apply intelligently the broad, anti-discriminatory principles, and so on, and also the very technical matters linked to a particular disease.

People with autism do not use the part of the brain that we use to recognize faces and emotions. You can integrate them as long as you like into regular schools, and they will not benefit from that at all. They need specialized care.

We can retain the major principles of integration, such as access to work and housing, while sparing these people full integration.

The ridiculous situation we have at the moment stems from the fact that most lobby groups have insisted on early integration, which means putting children into regular schools. That means that all the money goes to early intervention, and there is almost nothing left to assist profoundly autistic adults with housing or work problems.

I know someone with autism who is redoing the Web site of a former minister of the Quebec government. This guy does just as good a job as a person who does not have this handicap. We had to organize that ourselves. There was no assistance for this person.

In other words, integration as such must become a technical aspect. We must start by considering the limitations imposed by the disease and integrate the ideological constraints intelligently. But we should not be placing autistic children into a sort of immersion setting without thinking about the consequences.

Beaucoup d'autistes adultes disent que le pire moment de leur vie a été lié aux persécutions par les autres enfants dans le cadre des écoles régulières. L'intégration peut, elle aussi, être vue sous deux aspects: d'abord, un aspect de rectitude politique dans lequel on donne à une personne le même droit qu'aux autres — il est évidemment souhaitable d'aller dans ce sens — et ensuite, l'aspect pratique de la réalisation de cette bonne idée. C'est ce qui se passe lorsqu'on met quelqu'un qui a un problème profond neurogénétique de compréhension des mécanismes sociaux et que vous le jetez au milieu de l'arène aux lions, c'est-à-dire des adolescents normaux de treize ans qui cherchent une proie à victimiser. L'intégration peut avoir des résultats exactement opposés à ceux qu'on souhaitait obtenir.

Pour des enfants très jeunes, les groupes de lobbying sont tout à fait justifiés de demander, dans une classe ou dans un groupe, un intervenant pour chaque enfant ou un intervenant pour deux enfants. C'est l'avis final contenu dans le rapport produit par le Comité dont je parlais tout à l'heure: un intervenant pour deux personnes. Ce n'est pas exactement une école régulière.

On ne peut pas mettre ces enfants en école régulière et avoir un intervenant pour deux enfants. On voit au Québec des enfants qui sont intégrés dans une école régulière et ils ont à côté d'eux un intervenant à temps plein. Cela ne fait pas beaucoup de sens.

Je crois qu'ici, je rejoins vraiment ce qu'a dit le Dr Maziade: commençons avec les maladies, c'est-à-dire essayons de bien discerner et d'appliquer de façon intelligente les grandes questions politiques et d'égalité antidiscriminatives, et cetera, et aussi les questions très techniques reliées à une maladie particulière.

Les personnes autistes n'utilisent pas la partie du cerveau que nous utilisons pour reconnaître les visages et les émotions. Vous pouvez les intégrer aussi longtemps que vous voudrez dans une école régulière, ils en retireront aucun avantage. Ils ont besoin de soins spécialisés.

On peut bien garder les grands principes intégrateurs, par exemple, l'accès au travail, l'accès à des logements, tout en épargnant l'intégration à ces gens-là.

L'aberration actuelle vient du fait que la plupart des groupes de lobbying ont insisté pour l'intégration précoce, qui consiste à mettre un enfant dans une école régulière. Ceci fait que tous les crédits passent à l'intervention précoce et qu'en termes de logement et d'aide au travail, il n'y a pratiquement plus d'argent pour aider les adultes qui sont profondément atteints d'autisme.

Je connais un autiste qui est en train de refaire le site Web d'un ex-ministre du gouvernement québécois. Ce gars-là fait un travail aussi beau que quelqu'un qui n'aurait pas ce handicap. Il a fallu que nous organisions cela nous-mêmes. Il n'y avait aucune aide pour cet individu.

Tout cela pour dire que l'intégration comme telle doit devenir un aspect technique. Il faut d'abord prendre en considération les contraintes liées à la maladie et intégrer de façon intelligente les contraintes idéologiques. Mais qu'on ne fasse pas bêtise, comme cela a été fait, une espèce d'immersion non réfléchie.

[English]

**Senator Cordy:** Just because they are physically in a classroom does not mean they are integrated.

[Translation]

**Dr. Mottron:** Of course, no, it is artificial.

[English]

**The Chairman:** I should tell you that Senator Cordy was for many years a primary school teacher, so she has had more than a little experience with that problem.

I thank all of you for coming. I realize we went overtime, but your comments were extremely useful to us and we thank you for taking the time.

Our next speaker this morning is from the University of Montreal, Dr. Richard Tremblay, the Canada Research Chair in Child Development and the Professor of Pediatrics, Psychiatry, and Psychology and the Director of the Centre of Excellence for Early Childhood Development — All of which is the longest single title I have ever heard in introducing anybody.

Thank you very much for coming, Professor Tremblay.

[Translation]

**Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and Psychology, Director of the Centre of Excellence for Early Childhood Development, University of Montreal:** First of all, I would like to thank you for inviting me to be here today. I do research on the development of children. I began my career as a researcher and a clinician and worked with adults in psychiatric hospitals and prisons.

I realized how difficult it was to have a significant impact on the development of adults. I therefore decided, after a few years, to work with adolescents, particularly young offenders, to try to do something about the fact that most of these young offenders end up either in prison or in psychiatric care.

After working a few years with young offenders, I realized how little impact our actions had. I decided to work with nursery school children, because I decided I had to start at the beginning if I was going to do anything in the way of prevention.

After working a number of years with nursery school-aged children, I am now working with pregnant women. In my current work, I realize that some of these adults with whom I work are very similar to the adults with whom I worked in psychiatric hospitals and prisons.

[Traduction]

**Le sénateur Cordy:** Ce n'est pas parce qu'ils se trouvent physiquement dans une salle de classe qu'ils sont véritablement intégrés.

[Français]

**Dr Mottron:** Bien entendu, non, c'est factice.

[Traduction]

**Le président:** Sachez que le sénateur Cordy a enseigné pendant de nombreuses années à l'école primaire, et qu'elle a donc beaucoup d'expérience avec ce problème.

Merci à tous nos témoins d'avoir comparu. Je sais que nous avons débordé du temps alloué, mais vos commentaires nous semblaient très utiles et nous vous remercions d'avoir pris le temps de nous les communiquer.

Nous accueillons maintenant de l'Université de Montréal, le Dr Richard Tremblay, qui est titulaire de la chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, professeur de pédiatrie, de psychologie et de psychiatrie et directeur du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. C'est bien le plus long titre que j'aie jamais eu à annoncer.

Merci beaucoup de vous joindre à nous, professeur Tremblay.

[Français]

**Le docteur Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, Université de Montréal:** D'abord, j'aimerais vous remercier de l'invitation à cette rencontre. Je fais de la recherche sur le développement des enfants. J'ai commencé ma carrière comme chercheur et clinicien auprès des adultes dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons.

J'ai réalisé comment il était difficile d'avoir un impact important sur le développement des adultes. J'ai donc décidé, après quelques années, d'aller travailler avec des adolescents et, particulièrement, des adolescents délinquants, pour tenter de prévenir le fait que la majorité de ces adolescents délinquants se retrouvent soit en prison soit dans des services de psychiatrie.

Après avoir travaillé quelques années auprès des délinquants, je me suis rendu compte de l'effet minime de nos interventions. J'ai décidé de travailler avec des enfants de maternelle en me disant qu'il faut bien commencer au début si on veut avoir des effets préventifs.

Après avoir travaillé un bon nombre d'années avec des enfants de maternelle, je travaille maintenant avec des femmes enceintes. En travaillant avec des adultes qui attendent un bébé, je me rends compte qu'un certain nombre de ces adultes ressemble beaucoup aux adultes avec lesquels je travaillais dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons.



So I am back to where I started. It certainly seems that if we are to prevent mental health problems from developing, we have to start early, but we must also target both children and their parents.

I have been doing longitudinal studies for more than 20 years now. We follow individuals from pregnancy to adulthood, and we try to understand how mental health problems develop, while taking certain action, to see to what extent taking action very early in life can prevent the development of mental health problems.

I specialize in problems of violence. We hear a great deal about violence in society: violence by adults and adolescents, but we often forget — and this is what our work made us realize — that problems of violence, particularly physical violence, begin very early in life.

Human beings are most frequently violent at the age of 24 months. Physical aggression is used most often by infants in this age group. It seems that we do not learn to become aggressive, we learn how not to become aggressive.

The philosopher Jean-Jacques Rousseau, said: “Children are born good and society makes them bad,” but it does seem that the opposite is true. Children are born with all these tendencies that are ultimately considered anti-social, and society teaches children to control their behaviour, which may be useful, at some times, but which is often harmful to social relations.

**Mr. Henri Dorvil, Professor, School of Social Work, University of Quebec in Montreal:** Thank you very much for your invitation. I have been in Quebec for 38 years. I arrived here at the time of the Quiet Revolution and the time of the revolution in psychiatry.

At that time, the Bédard report had just come out. It favoured deinstitutionalization, community psychiatric services, in other words, the social integration of psychiatric patients. I had not even studied social work, I was a social worker without a degree, so I was just beginning in the profession.

We started by meeting with priests and community leaders to tell them that psychiatric patients are not dangerous, at least not any more dangerous than other people, and that they should be given a chance.

We could not take patients out of psychiatric hospitals and integrate them into the community until they had acquired certain social skills. That is when social workers, psychological educators, started teaching psychiatric patients the skills they would require to function in society.

I subsequently completed my social work program. I worked for about 10 years and then I went back to university to do a Ph.D. in sociology, but I still had the same obsession about people's attitudes toward psychiatric patients.

Je suis donc revenu au point de départ. Il semble bien que si l'on veut prévenir le développement des problèmes de santé mentale, il faut commencer tôt, mais il faut avoir plusieurs cibles, autant les enfants que leurs parents.

Je fais des études longitudinales depuis plus de vingt ans. Nous suivons des individus à partir de la grossesse jusqu'à l'âge adulte et nous essayons de comprendre le développement des problèmes de santé mentale tout en faisant des interventions, pour voir dans quelles mesures des interventions très tôt dans la vie peuvent prévenir le développement des problèmes de santé mentale.

Je me suis spécialisé dans les problèmes de violence. On parle beaucoup de violence dans la société: violence des adultes et des adolescents, mais on oublie souvent — et c'est ce que nos travaux nous ont amené à réaliser — que les problèmes de violence, particulièrement de violence physique, commencent très tôt dans la vie.

C'est à l'âge de 24 mois que les humains sont le plus fréquemment violents. C'est à 24 mois qu'on utilise le plus souvent l'agression physique. Il semble que nous n'apprenons pas à devenir agressif, nous apprenons à ne pas devenir agressif.

Le philosophe Jean-Jacques Rousseau disait: «L'enfant naît bon et la société le rend mauvais», mais il semble bien que l'inverse est vrai. L'enfant naît avec toutes ses pulsions que l'on finit par juger antisociales, et la société apprend aux enfants à contrôler leurs actes, qui sont des actes utiles, à certains moments, mais qui sont souvent nuisibles dans les relations sociales.

**M. Henri Dorvil, professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal:** Merci beaucoup de l'invitation. Cela fait 38 ans que je suis au Québec. Je suis arrivé au Québec à l'époque de la révolution tranquille et aussi de la révolution en psychiatrie.

À cette époque-là, le rapport Bédard venait de paraître. Ce rapport avait un parti pris pour la désinstitutionnalisation, pour la psychiatrie communautaire, autrement dit pour l'intégration sociale des patients psychiatriques. Ils nous ont demandé de préparer l'arrivée des patients psychiatriques dans la communauté. Je n'avais même pas étudié le service social, j'étais un travailleur social non diplômé, donc je faisais mes premières armes dans ce domaine.

On a commencé par rencontrer les curés, les notables de la communauté pour dire que le patient psychiatrique n'est pas une personne dangereuse, du moins pas plus dangereuse que les autres, et qu'il fallait donc lui laisser sa chance.

On ne pouvait pas faire sortir les patients de l'hôpital psychiatrique et les intégrer dans la communauté sans qu'ils aient acquis des habilités sociales. C'est à ce moment-là que les travailleurs sociaux, les psycho-éducateurs, ont commencé à apprendre des habilités aux patients psychiatriques pour qu'ils puissent fonctionner dans la société.

Par la suite, j'ai terminé mon cours de travailleur social. J'ai travaillé une dizaine d'années et je suis ensuite retourné à l'université faire un doctorat en sociologie, mais toujours avec la même obsession concernant les attitudes de la population à l'égard des patients psychiatriques.

Social workers who work in hospitals are called "placers," that is, people who place psychiatric patients in the community.

It is thus quite natural that my current area of research is housing as a factor of social integration for individuals who are considered to have a mental illness.

What is being done in this field? Psychiatric patients receive a diagnosis. And according to the information in the scientific literature, psychiatric patients go through a number of stages in their recovery.

We think, and this is consistent with the findings of the scientific literature, that some types of housing are more suitable to the initial recovery phase of psychiatric patients.

During this initial phase of recovery, psychiatric patients feel somewhat lethargic. They wonder what is happening to them. From our studies, we think that at this stage, psychiatric patients would be better served in what is known as a group home or residence.

After some time, psychiatric patients begin to regain their strength and to connect with the healthy aspects of their personality, and so on. At this point, they can go further afield and live in a supervised apartment, for example, because they have made some progress.

In the third phase of recovery, psychiatric patients start to feel stronger. They start to think about their quality of life. They have learned a number of social skills in the earlier phases, in the housing experiences they have had. When they start to talk about quality of life, they can think about what is known as independent living.

In psychiatry and in mental health services, there are many ideological trends. Some even advocate that mental illness is an ideology, and that as soon as patients get out of the hospital, they can go into an independent living situation. That is an extreme opinion.

Others say that it is out of the question for psychiatric patients to go a little further in society. They must stay within what is known as the "daycare model." They cannot go any further, they cannot be rehabilitated. So these are two diametrically opposed extremes.

After doing three or four studies on housing as a factor in social reintegration, and after doing a typology, a classification of the daycare model, that is housing with professional support — support from the psychiatric hospital — and then independent housing, rooming houses, and so on, we realized that there is no perfect housing situation. For example, group residences, which follow the daycare model, provide security, but do not foster independence.

On appelle les travailleurs sociaux qui travaillent dans le milieu hospitalier des «placeurs», c'est-à-dire des agents qui placent les patients psychiatriques dans la communauté.

Il est donc tout à fait naturel que mon aire de recherche, actuellement, c'est le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes qui sont classées comme ayant une maladie mentale.

Que fait-on dans ce domaine? Le patient psychiatrique a un diagnostic. Et selon les données de la littérature scientifique, le patient psychiatrique passe par plusieurs phases dans son rétablissement, dans sa guérison.

En accord avec ce que la littérature scientifique nous dit, nous croyons que certains types de logement, certains types d'hébergement conviennent mieux à la première phase, je dirais, du rétablissement du patient psychiatrique.

Au cours de cette première phase du rétablissement, le patient psychiatrique est plongé dans une certaine léthargie. Le patient psychiatrique se demande ce qu'il lui arrive. Nous croyons, d'après les études que nous avons faites, qu'à ce stade-là, le patient psychiatrique serait mieux servi dans ce qu'on appelle une résidence d'accueil ou un foyer de groupe, par exemple.

Après un certain temps, le patient psychiatrique commence à reprendre ses forces, il commence à se connecter avec les forces saines de sa personnalité, et le reste. À ce moment, il peut aller plus loin, il peut aller vivre dans un appartement supervisé, par exemple, parce qu'il a quand même fait du chemin.

Dans la troisième phase du rétablissement, le patient psychiatrique commence à se sentir plus solide. Il commence à penser qualité de vie. Il a appris plusieurs habilités sociales dans les phases précédentes, dans les expériences d'hébergement et de logement qu'il a eues. Quand il commence à parler de qualité de vie, le patient peut penser à ce qu'on appelle une habitation autonome.

En psychiatrie et dans le service de santé mentale, il y a beaucoup de courants idéologiques. Certains courants idéologiques prônent même que la maladie mentale serait une idéologie et que le patient, dès sa sortie d'hôpital, peut aller dans une habitation autonome. C'est une situation extrême.

D'autres disent qu'il n'est pas question qu'un patient psychiatrique aille un peu plus loin dans la société. Il faut qu'il reste dans ce qu'on appelle le «modèle de gardiennage». Il ne peut pas aller plus loin, il ne peut pas se réhabiliter. Ce sont donc deux pôles opposés.

Après avoir fait trois ou quatre études sur l'hébergement/logement comme facteur de réintégration sociale et après avoir fait ce qu'on appelle une typologie, une classification, du modèle de gardiennage, du logement avec support professionnel, du support de l'hôpital psychiatrique et ensuite de l'habitation autonome, des maisons de chambre, et le reste, nous nous sommes rendus compte qu'il n'y a pas d'habitat parfait. Par exemple, il existe des résidences d'accueil, des foyers de groupe qui apportent la sécurité mais pas d'autonomie.



At the other extreme, independent housing provides a great deal of freedom and independence. And some psychiatric patients wonder what to do with all this independence. Often, psychiatric patients feel isolated when they are on their own, whereas in the group residence, there were people around.

Finally, I would say that we study society's prejudice regarding access to housing. When individuals with physical handicaps or members of ethnic minority groups look for housing, they may encounter some resistance from society. The same is true for psychiatric patients. Sometimes, they are qualified to take possession of some type of housing in a building, and quite often, because of their psychiatric diagnosis, which follows them throughout their whole lives, they have trouble being seen as citizens, like any other citizen of Quebec or Canada.

So that is what we are looking at at the moment, because psychiatric patients are more or less imprisoned in the housing provided by the health care network. We want to get out of this health care network.

We want to work with the Quebec Housing Corporation and with the Canada Mortgage and Housing Corporation. We say that psychiatric patients are citizens, and that this must be taken at face value. Quality housing makes so-called normal people happy. This is even more crucial for people whose health has been compromised by mental health problems.

**Mr. Michel Tousignant, Professor and Researcher, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie:** Thank you for allowing me to speak to your committee this morning. Let me introduce myself briefly. My main area of research is social science. I have a background in psychology and anthropology, and I do research mainly on the history of life from the time a human being is a foetus until the time of his or her death by suicide. I work mainly with adults, but I am also involved in projects on adolescents and even seniors.

My presentation will deal with the day-to-day problems confronting researchers in social sciences and mental health. I will discuss some of the topics listed in the letter sent to me by Mr. Charbonneau last weekend. My first point is about the level of funding and the balance between various research sectors.

In Canada, there has been a net improvement in the past three years following the creation of the Canadian Institutes of Health Research, as well as an improvement in the research funding, particularly for mental health. However, there is still a great deal of room for improvement in the area of research and especially in research on mental health and social sciences.

À l'autre l'extrême, l'habitation autonome donne beaucoup de liberté et d'autonomie. Et certains patients psychiatriques se demandent ce qu'ils vont faire de cette autonomie. Souvent, le patient psychiatrique se sent isolé alors que lorsqu'il était en résidence d'accueil, il était entouré.

En dernier lieu, je dirais que nous étudions les préjugés de la société qui entourent l'accès au logement. Quand des personnes handicapées physiquement ou des personnes de minorités ethniques veulent avoir un logement, ils peuvent buter sur certaines résistances dans la société, des obstacles. C'est la même chose pour le patient psychiatrique. Parfois, il est qualifié pour prendre possession d'un logement dans un immeuble et assez souvent à cause de son diagnostic psychiatrique qui le poursuit durant toute sa vie, il a de la difficulté à être considéré comme un citoyen, comme n'importe quel citoyen du Québec ou du Canada.

C'est donc ce que nous examinons actuellement, parce que les patients psychiatriques sont comme emprisonnés dans ce qu'on appelle les hébergements/logements mis sur pied par le réseau de la santé. Nous voulons sortir de ce réseau de la santé.

Nous voulons travailler avec la Société d'habitation du Québec, nous voulons travailler avec la Société canadienne d'hypothèque et de logement. On dit que les patients psychiatriques sont des citoyens, eh! bien il faut prendre cela au mot. Le logement de qualité rend heureux les gens que l'on dit normaux. À plus forte raison, c'est d'une importance capitale pour les personnes dont la santé mise en péril par des troubles mentaux.

**M. Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre de recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie:** Ce témoin n'était pas à la liste. J'ai traduit son titre qui est donné par le Président en anglais, mais l'organisme n'est pas mentionné. Ça doit donc être vérifié dans les documents que vous possédez. Merci! Monique Merci de m'accueillir à votre Comité ce matin. Je me présente brièvement. Je fais des recherches surtout en sciences sociales. J'ai une formation en psychologie et en anthropologie et je fais des recherches principalement sur l'histoire de vie depuis le foetus jusqu'au décès des gens qui sont décédés par suicide. Je travaille surtout avec des adultes mais je collabore aussi à des projets qui touchent des adolescents et même des personnes âgées.

Ma présentation portera surtout sur les difficultés au quotidien auxquelles ont à faire face les chercheurs dans le domaine des sciences sociales et de la santé mentale. Je vais aborder quelques-uns des thèmes proposés dans la lettre que m'a envoyée M. Charbonneau en fin de semaine. Mon premier point se situe au niveau du financement et de l'équilibre entre les divers secteurs de la recherche.

Au Canada, il s'est produit une nette amélioration depuis trois ans suite à la fondation des Instituts de recherche en santé du Canada et du financement de la recherche, particulièrement concernant la santé mentale. Cependant, il y a encore beaucoup d'améliorations à apporter dans le domaine de la recherche et surtout dans le domaine des recherches santé mentale et des sciences sociales.

First of all, whether in terms of public government funding, the university chair program or private foundation funding for health care, mental health is often not sufficiently funded in relation to the costs and burden these types of illnesses represent for society.

With regard to suicide, which is the principal cause of death for men under 40 in Canada, there is a lack of funding compared to other causes of death such as heart disease or cancer.

Suicide attempts also represent a very heavy cost in terms of hospital care. There are 500,000 hospitalized cases in the United States and there must be 50,000 in Canada. That represents \$10,000 per person.

There is a handful of researchers in this field in Canada. Fortunately, they are mainly concentrated in Quebec. There may be about fifty in all. There is a great deal of research to be done concerning certain mental health problems.

With regard to mental health research, a large part of our budgets are allocated to psychopharmacology, genetic factors and neurotransmitters, which are important factors in etiology and cure rates. At the same time, the study of the social aspects of mental health are underfunded, even though they are just as important and perhaps even more so in the case of many psychiatric disorders.

Our society's fascination with technology and the whole aura of the medical world, with solutions that are quick and cheap in terms of human effort, the masking of social and political factors in many problems that have increased very rapidly in the past decades, all these factors have meant that social sciences have taken a back seat in mental health research.

To give you just one example, enormous amounts of money are invested in research for new psychotropic drugs, which is good, but there is very little examination of the personal and social factors involved in taking the medication.

What factors lead to a patient taking the drugs or not? This is a problem that was raised by Dr. Rémi Quirion at the end of the last session.

You could have a very effective drug, but if patients do not take it or if doctors do not prescribe the correct dosage, how effective will that drug end up being?

My second topic is the area of communications and the application of results. We know that the last step of the research project is that of communicating results, not only in scientific journals but also in media aimed at the general public.

Tout d'abord, que ce soit au niveau des fonds publics gouvernementaux, du programme des chaires universitaire ou des fonds des fondations privées en santé, la santé mentale n'est souvent pas suffisamment financée par rapport aux coûts et au poids de ce type de maladies dans la société.

En ce qui concerne le suicide, qui est la principale cause de mortalité chez les hommes de moins de 40 ans au Canada, c'est un domaine qui est manqué de financement comparativement à d'autres causes de mortalité comme les maladies coronariennes ou le cancer.

Les tentatives de suicide représentent également un coût très lourd au niveau des soins hospitaliers. Il y a 500 000 cas hospitalisés aux États-Unis et il doit y en avoir 50 000 au Canada. Ceci représente 10 000 \$ par personne.

Or, il y a actuellement une poignée de chercheurs et chercheuses dans ce domaine au Canada. Ils sont principalement concentrés au Québec, heureusement. Il y en a peut-être une cinquantaine en tout et partout. Il y a énormément de recherches à faire concernant certains problèmes de santé mentale.

En ce qui a trait aux recherches en santé mentale, une grande part des budgets est affectée à la psychopharmacologie, aux facteurs génétiques et aux neurotransmetteurs, qui sont des facteurs importants dans l'étiologie et la guérison. En même temps, on voit un sous-financement de l'étude des aspects sociaux qui sont tout aussi importants et peut-être davantage dans beaucoup de troubles psychiques.

La fascination de notre société pour la technologie et l'aura du monde médical, les solutions rapides et peu coûteuses en termes d'efforts humains, l'occultation des facteurs sociaux et politiques dans nombre de problèmes qui ont augmenté très rapidement au cours des dernières décennies, tous ces facteurs relèguent au second rang la place des sciences sociales dans les recherches sur des troubles mentaux.

Pour ne donner qu'un exemple, on investit des sommes énormes pour la recherche de nouveaux médicaments psychotropes, ce qui est très bien, mais on étudie peu les facteurs personnels et sociaux dans la prise du médicament.

Qu'est-ce qui fait qu'en fin de compte un patient va prendre ou non son médicament? D'ailleurs, c'est un problème qui a été soulevé par le Dr Rémi Quirion à la fin de la dernière séance.

On peut avoir un médicament très efficace, mais si les patients ne le prennent pas ou si les médecins ne donnent pas des posologies qui sont indiquées, où sera l'efficacité en fin de compte?

Mon deuxième sujet sera le domaine des communications et de l'application des résultats. On sait que la dernière étape d'un projet de recherche est celle de la communication des résultats, non seulement dans les revues scientifiques mais également auprès du grand public.



This stage is often obviated, for many different reasons. The popularization of results is not sanctioned by universities and research organizations. It plays a negligible part in one's curriculum vitae.

Research budgets should have an amount earmarked for scientific popularization. In addition, researchers have little training in the dissemination of their results to the general public.

Although this is one of the new objectives of the Institutes of Health, the fact remains that people will have to be trained if these objectives are to be achieved. There is therefore a need to create a public relations infrastructure to support researchers' efforts.

Perhaps we also need to encourage academic career models that focus more on the utilization and communication of results rather than the production of original results. Similarly, certain research programs should have communications as their exclusive mission.

Last, my third point is about ethics, which has become an extremely important issue in medical research following abuses that occurred among certain populations.

That being said, there are sometimes very heavy restrictions and major obstacles that prejudice the validity and quality of research while taking up a lot of the time of those in charge of research. For better or for worse, this has become a huge bureaucratic structure whose main purpose is often to protect hospitals and universities against lawsuits rather than protecting the patients themselves.

Researchers must now spend more and more time, sometimes months and up to a year, satisfying all the criteria before starting a research project. First, there are university ethics committees, then those of research centres affiliated with hospitals, and then those of each individual hospital. There can also be a protocol that must be submitted to the Access to Information Commission in order to obtain lists of individuals. In the latter case, delays can vary from three months to a year. This represents an extremely heavy bureaucratic burden for researchers.

Over the years, I found that the steps that need to be undertaken are more and more onerous and the results are more and more restricted. For example, in order to gain access to the families of those who have committed suicide, we can no longer contact these families directly. We have to send a letter via the chief coroner of Quebec. If the families respond to this letter, we can conduct the research. That means we often get a 30 or 40 p. 100 response rate, which to some extent calls into question or invalidates the representative nature of these populations.

We did some research with Eric Latimer to gain access to the list of people who receive welfare. A hospital ethics board turned down our request for these lists. But it is impossible to conduct research on poverty without access to such lists. We must therefore rethink all these issues with an eye to protecting not only

Or, cette étape est souvent esquivée pour plusieurs raisons. La vulgarisation des résultats n'est pas sanctionnée par les universités, les organismes de recherche. Elle tient une part négligeable dans le curriculum vitae.

Il devrait y avoir, dans les budgets de recherche, une part réservée à la vulgarisation scientifique. D'autre part, les chercheurs sont peu formés à la diffusion de leurs résultats auprès du grand public.

Bien que ce soit un nouvel objectif des instituts de santé, il reste qu'il faudra former des gens pour concrétiser ces objectifs. Il y a donc besoin de créer des infrastructures en relation publique pour soutenir les efforts des chercheurs.

Nous avons peut-être aussi besoin d'encourager des modèles de carrière académique davantage orientée vers l'utilisation et la communication des résultats plutôt que vers la production de résultats originaux. De même, certains programmes de recherche devraient avoir une mission exclusive de communication.

Enfin, mon troisième point est celui de l'éthique, qui est devenue une question extrêmement importante en recherche médicale suite aux abus qui ont été faits auprès de certaines populations.

On impose cependant des restrictions parfois très lourdes et des embûches de taille qui nuisent à la validité et la qualité des recherches, tout en grevant les responsables de recherche d'un temps significatif. C'est devenu une grosse structure bureaucratique, à tort ou à raison, qui sert davantage bien souvent plus à protéger d'abord les institutions universitaires et hospitalières contre des poursuites éventuelles plutôt que les patients eux-mêmes.

Le chercheur doit maintenant passer de plus en plus de temps, parfois des mois, et même jusqu'à une année pour satisfaire à tous les critères avant de commencer un projet de recherche. Il y a d'abord des comités d'éthiques universitaires, ensuite ceux des centres de recherche affiliés aux hôpitaux, puis chacun des hôpitaux en particulier. Enfin, il peut y avoir un autre protocole à remettre à la Commission d'accès à l'information pour obtenir des listes de personnes. Les délais dans ce dernier cas pourraient être entre trois mois et un an. Ceci représente une bureaucratie extrêmement lourde pour les chercheurs.

Avec les années, j'ai trouvé que les démarches se font de plus en plus onéreuses et les résultats de plus en plus restreints. Par exemple, pour avoir accès aux familles de personnes qui ont perdu un membre à cause du suicide, on ne peut plus aller directement dans ces familles. Il faut envoyer une lettre par le biais du coroner en chef du Québec. Si les familles répondent à cette lettre, on pourra faire la recherche. Ce qui fait qu'on a souvent de 30 p. 100, 40 p. 100 de réponses, ce qui rend problématique ou invalide, jusqu'à un certain point, la représentativité de ces populations.

On a fait une recherche avec Eric Latimer pour avoir la liste d'accès aux gens qui sont sur l'aide sociale. Ces listes nous ont été refusées par un Comité d'éthique des hôpitaux. Mais il est impossible de faire de la recherche sur la pauvreté si on n'a pas accès à ces listes. Il faudra donc repenser toutes ces questions dans

the institutions, but also the general well-being of the populations affected by mental health problems, if we are to determine what should be done.

Ethics committees have become watchdogs to protect everyone's interests. Very little time is allocated to consultation with researchers. Often, highly complex ethical problems arise during a research project and that is when people who are involved in ethics should help researchers with day-to-day concerns.

[English]

**The Chairman:** Thank you.

I would like to welcome our fourth speaker, Mr. Eric Latimer, the Health Economist from the Douglas Hospital.

**Mr. Eric Latimer, Health Economist, Douglas Hospital:** The Douglas Hospital is the psychiatric hospital for patients who are more comfortable in English and who need long-term care. It is also the institution that provides psychiatric services to a sector of Montreal that comprises St. Henri, Verdun, Lasalle, and Lachine, about 260,000 individuals.

**The Chairman:** Has the Verdun Institution, as I knew it, been closed?

**Mr. Latimer:** The Verdun Hospital that was founded in 19th century is still the same. There are some additional buildings, and there are far fewer beds.

**The Chairman:** It is still a mental institution?

**Mr. Latimer:** It is still a mental institution, yes.

**The Chairman:** Sorry, go ahead. That was for my own edification.

**Mr. Latimer:** Not at all.

Thank you for giving me the opportunity to speak to you this morning. I am especially pleased to see that, following your report on general health reform, this subcommittee is turning to the specific issue of mental health and mental illness. As no doubt you have heard already, the area of mental health and mental illnesses is perceived as an "orphan child" by us in that community in the context of health research generally.

I was very happy to listen to my colleague Michel Tousignant's responses to the questions that were posed to us. I agree entirely with him.

It may be helpful to the committee to know a little bit about my background. I have a Ph.D. in Economics and I have specialized as a mental health economist, which is a rare specialization. I am the Director of the Services, Policies and Population Health Research Program at the Douglas Hospital Research Centre, the research centre of which Dr. Quirion, is a scientific director.

une optique non seulement de protection des institutions mais aussi de bien-être général des populations affectées par des problèmes de santé mentale afin de voir ce qu'il faut faire.

Les comités d'éthique sont devenus des chiens de garde pour protéger les intérêts de chacun. On alloue très peu de temps à la consultation auprès des chercheurs. Souvent, c'est en cours de recherche que surviennent des problèmes d'éthique très complexes et c'est à ce moment-là que les gens qui s'occupent de l'éthique devraient venir aider les chercheurs dans leurs problèmes quotidiens.

[Traduction]

**Le président:** Merci.

Nous accueillons maintenant en quatrième lieu M. Eric Latimer, économiste de la santé à l'Hôpital Douglas.

**M. Eric Latimer, économiste de la santé, Hôpital Douglas:** L'Hôpital Douglas est un hôpital psychiatrique pour les patients qui parlent plus aisément l'anglais et qui ont besoin de soins de longue durée. C'est également l'établissement qui fournit des services psychiatriques à une partie de la ville de Montréal qui inclut Saint-Henri, Verdun, Lasalle et Lachine, c'est-à-dire qui s'adresse à quelque 260 000 personnes.

**Le président:** L'Institut Verdun que je connaissais a-t-il été fermé?

**M. Latimer:** L'Hôpital Verdun qui a été fondé au XIXe siècle existe encore. On lui a bien ajouté quelques annexes, mais il compte moins de lits.

**Le président:** Est-ce toujours un établissement psychiatrique?

**M. Latimer:** C'est toujours, en effet, un établissement psychiatrique.

**Le président:** Pardon de vous avoir interrompu, mais c'était pour ma propre gouverne.

**M. Latimer:** Je vous en prie.

Merci de me donner l'occasion de comparaître ce matin. Je suis particulièrement ravi de constater que dans la foulée de votre rapport sur une réforme générale de la santé, votre sous-comité se penche maintenant sur la question plus particulière de la santé mentale et de la maladie mentale. Comme on vous l'a sans doute déjà dit, le secteur de la santé mentale et de la maladie mentale est perçu par les spécialistes comme l'orphelin de la recherche en santé.

J'ai eu grand plaisir à entendre mon collègue Michel Tousignant répondre aux questions qui lui ont été posées et je souscris sans réserve à ce qu'il a dit.

Le comité voudra peut-être savoir un peu plus qui je suis. J'ai un doctorat en économie et je me suis spécialisé dans l'économie de la santé mentale, ce qui est rare. Je suis le directeur des services, des politiques et du programme de la recherche en santé de la population au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, centre de recherche dont le Dr Quirion est le directeur scientifique.



My core research interests have been in the area of services to severely mentally ill adults. I have also been actively involved in dissemination activities related to one evidence-based practice called assertive community treatment, ACT, by means of writing, organizing and speaking at provincial conferences.

Honourable senators, your recent report on health care reform emphasized the need for the federal government to strengthen its commitment to health research in general — well beyond the substantial increases already granted since the establishment of the CIHR. More specifically, your report also recommended greater federal commitment to health technology assessment and evaluating health care system performance. In my view, if those conclusions are valid for health and the health care system in general, they are equally valid — perhaps even more so — for mental health research.

There are many burdens of disease posed by mental illness. The stigma that has tended to push it under the carpet, the effectiveness of many existing treatments for common mental illnesses that are under-used, and the need to seek more effective treatments for devastating illnesses such as schizophrenia and Alzheimer's disease have all been well documented. I will not go over that ground again. These various factors combined call for greater investment in biomedical, clinical, health services and population health research, as well as greater investment in knowledge transfer activities.

I would like to focus my remaining comments on health services and to a lesser extent population health research, which I know relatively well. I would also like to further focus my comments on services to the severely mentally ill — people who represent approximately 2 per cent to 3 per cent of the population and who are the most severely disabled. In many cases, this population also consumes the most services. This is the area of research in which whatever expertise I possess lies.

Close acquaintance with the area of services to the severely mentally ill reveals one striking fact: Over the past two decades, experimental studies — conducted mostly in the United States — have revealed about a half dozen organizational delivery models and approaches that are markedly more effective than traditional approaches in helping people with severe mental illness integrate successfully into the community. These include assertive community treatment, supported employment, integrated treatment for concurrent mental illness and substance abuse disorders, family psycho-education, early intervention for psychosis, and a few others.

However, these are not widely used. This is regrettable, not only because it means individuals with severe mental illness are not being helped as they could be, but also because resources are

Ma recherche a porté principalement sur le secteur des services offerts aux adultes souffrant de graves maladies mentales. J'ai également pris une part active à des activités de diffusion traitant d'une pratique fondée sur les résultats appelée ACT, ou traitements intensifs dans la collectivité, à titre de rédacteur, d'organisateur et d'orateur dans des conférences provinciales.

Mesdames et messieurs, votre dernier rapport sur la réforme des soins de santé insistait sur le fait que le gouvernement fédéral devait réaffirmer son engagement à l'égard de la recherche en santé en général — un engagement qui irait bien au-delà des augmentations substantielles déjà accordées depuis la création des IRSC. D'une façon plus particulière, votre rapport recommandait également que le gouvernement fédéral s'engage plus à fond dans une évaluation de la technologie de la santé et dans une évaluation de rendement du système de soins de santé. À mon avis, si ces conclusions valent pour la santé et pour le système de santé en général, elles valent tout autant — et peut-être encore plus — pour la recherche en santé mentale.

La maladie mentale impose des fardeaux à plusieurs niveaux. Songeons d'abord au stigmatisme associé à la maladie et à cause duquel on l'a passée sous silence; ensuite, songeons à l'efficacité de nombre de traitements existants mais sous-utilisés destinés aux maladies mentales communes; et notons enfin la nécessité de trouver des traitements plus efficaces dans le cas de maladies dévastatrices telle que la schizophrénie et la maladie d'Alzheimer. Tous ont été bien documentés et je ne reprendrai pas ce qui a déjà été dit. Tous ces facteurs combinés exigent que l'on investisse plus dans les services biomédicaux, cliniques, et de santé ainsi que dans la recherche en santé de la population, et que l'on investisse aussi plus à fond dans des activités de transfert des connaissances.

J'aimerais m'attarder enfin sur les services de santé et, dans une moindre mesure, sur la recherche en santé de la population, domaine que je connais relativement bien. J'aimerais également faire porter mes commentaires sur les services destinés aux malades mentaux graves — qui représentent quelque 2 à 3 p. 100 de la population et qui sont ceux parmi les plus handicapés. Il arrive souvent également que cette population soit celle qui consomme le plus de services. C'est dans ce secteur que résident mes compétences.

Bien connaître les services destinés aux malades mentaux gravement atteints, c'est savoir une chose: au cours des deux dernières décennies, des études expérimentales menées principalement aux États-Unis ont révélé qu'il existe une demi-douzaine de modèles et de visions organisationnels de prestation qui sont beaucoup plus efficaces que les visions traditionnelles pour aider les gens souffrant de troubles mentaux graves à s'intégrer avec succès dans la collectivité. Ces modèles et visions incluent le traitement intensif dans la collectivité, le soutien en milieu de travail, le traitement intégré de la maladie mentale et des troubles dus à la toxicomanie, la psychoéducation familiale, l'intervention précoce en cas de psychose, pour ne nommer que ceux-là.

Ces modèles sont malheureusement rarement utilisés, ce qui est regrettable, non seulement parce que cela implique qu'on ne traite pas comme il le faudrait ceux qui souffrent de graves maladies



squandered on costly ineffective services such as unnecessary or unnecessarily long hospitalizations, a variety of hospital-based rehabilitation services and in-patient substance abuse programs.

We could be getting more “bang for our buck.”

At the same time, health services research in general — and certainly mental health services research — tends to be contextualized. In this respect, it differs from biomedical and clinical research.

Let us look at supported employment as an example. Among people with severe mental illness, we find unemployment rates typically in the order of 75 per cent to 90 per cent. However, when we survey these individuals, we find that most would like to work and, in fact, they would like to work in regular competitive settings. Traditional approaches have typically involved transitional methods that try to bring them to the point where they can work. However, what usually happens is that these individuals end up staying in these sheltered environments indefinitely, or they are maintained deliberately in these sheltered settings if it is accepted at the outset that they will never have the ability to work in regular settings.

An approach called “supported employment” developed in the field of developmental disabilities during the 1980s. This, in a nutshell, replaced the paradigm, “train, then place” with the paradigm “place, then train.”

In subsequent years, health services researchers in the area of mental health services examined the question as to whether this approach could be adapted to people with severe mental illness. There emerged from that a model called individual placement and support, IPS. Now, more commonly called “evidence-based supported employment.” In a nutshell, this involves helping an individual who has a severe mental illness to identify the kind of work that he or she would like to and has the ability to do, helping them find such a job and support them once they have that job.

I can give you a specific example as we are currently studying one of the first evidence-based supported employment programs in Canada right here at the Douglas Hospital. A woman was interested in working in elementary schools, supervising at lunchtime. She wanted to do this in her neighbourhood in Verdun. Her employment specialist — an employee of the Douglas Hospital — helped her to find such a job by knocking on the doors of the different elementary schools in Verdun. They eventually found one that was willing to try her out and this has worked out just well. She could not have done this on her own.

There have been a number of experimental studies in the United States that have indicated that this is an effective approach. We have been trying to see whether it is equally effective here. We have that the effectiveness of the model seems to be somewhat dampened by a number of institutional

mentales, mais aussi parce que cela implique que les ressources sont dilapidées sur des services coûteux mais inefficaces tels que des hospitalisations inutiles ou inutilement longues, toute une gamme de services de réadaptation à l'hôpital et des programmes de désintoxication avec hospitalisation.

Il faut que nos investissements soient plus rentables.

Dans un même temps, et d'une façon générale, la recherche en services de santé, et particulièrement la recherche en services de santé mentale, tend à être contextualisée. Voilà pourquoi elle diffère de la recherche biomédicale et clinique.

Prenons le cas du soutien en milieu de travail. Le taux de chômage chez ceux qui souffrent de graves maladies mentales est traditionnellement de l'ordre de 75 à 90 p. 100. Toutefois, lorsque l'on sonde ces individus, on constate que la plupart d'entre eux aimeraient travailler et seraient d'accord pour travailler dans des milieux normaux où ils feraient face à la concurrence. Traditionnellement, on leur a toujours proposé des méthodes de transition destinées à les mener jusqu'au point où ils peuvent entrer sur le marché du travail. Toutefois, ce qui arrive couramment, c'est que ces individus finissent par rester indéfiniment dans ces milieux protégés, où ils sont délibérément maintenus s'il est accepté au départ qu'ils n'auront jamais la capacité voulue pour travailler dans un milieu traditionnel.

Au cours des années 80, une méthode appelée «soutien en milieu de travail» s'est développée dans le secteur du traitement des déficiences développementales. En gros, on a remplacé le paradigme «former, puis placer» par le paradigme «placer, puis former».

Au cours des années qui ont suivi, les chercheurs en services de santé qui oeuvraient dans les services de santé mentale se sont penchés sur la question pour déterminer si cette vision pouvait être adaptée à ceux qui souffraient de graves troubles mentaux. Il en est ressorti un modèle appelé modèle IPS, soit placement et soutien individuels. On parle aujourd'hui plus communément de l'emploi assisté fondé sur les résultats. En gros, cette méthode implique d'aider celui qui souffre d'une grave maladie mentale à cibler le type de travail qui lui plairait et qu'il est en mesure d'accomplir, de l'aider à trouver cet emploi et de le soutenir en milieu de travail une fois l'emploi acquis.

Je peux vous donner un exemple précis, puisque nous sommes à l'heure actuelle en train d'étudier l'un des premiers programmes d'emploi assisté fondé sur des preuves au Canada ici même à l'Hôpital Douglas. Il y avait une femme qui voulait travailler comme surveillante à l'heure du déjeuner dans des écoles élémentaires. Elle voulait travailler dans son quartier de Verdun. Son spécialiste en emploi — un employé de l'Hôpital Douglas — l'a aidée à trouver un tel emploi en allant frapper à la porte de différentes écoles élémentaires de Verdun. Il a fini par en trouver une qui était prête à lui donner une chance et tout va très bien. Elle n'aurait pas pu trouver cet emploi elle-même.

Il y a eu un certain nombre d'études expérimentales aux États-Unis qui ont indiqué qu'il s'agit d'une approche efficace. Nous avons voulu déterminer si elle était tout aussi efficace chez nous. Nous avons constaté que l'efficacité du modèle semble quelque peu réduite en raison d'un certain nombre de différences



differences between our setting here and that in the United States. Incentives for work are not as great and there are a number of alternative opportunities for employment offered to people with mental illnesses here that are not offered in the United States. There are a number of other factors. All these differences raise questions that we must address in order to optimize this kind of program for our setting.

These observations lead to the conclusion that we need more health services researchers in the field. More health services researchers make possible greater knowledge transfer as well as more research on local adaptations and enhancements. Furthermore, they foster the development of a culture of innovation, of continuous quality improvement.

Please note that I said, "More health services researchers," not "more money for health services research." There is a broad sense in our community that what we most need at this point is greater capacity, not necessarily more grant money. People who are currently engaged in mental health services research are very busy.

How much more capacity do we need? That is very difficult to say. We do not have the data to be able to answer that question. However, based on my observation of the opportunities for useful evaluative research and the number of us out there doing it, I would suggest that doubling our capacity would be a minimal target. There are some initiatives under way in this direction, which in the interest of time I will not detail, but more would be even better.

At the same time, we need to increase the receptivity of the health services sector to innovation. This requires nothing short of a cultural shift. Some individual hospitals such as the Douglas Hospital are trying to do this, for example by means of monthly meetings that group together clinicians and researchers. However, such hospitals are exceptional.

Finally, in terms of ethics, I am in entire agreement with the views expressed in your committee's previous report on health. I would like to confirm to this committee my personal experience that standards set by research ethics boards at different teaching hospitals are extremely variable and some oversight is needed. Yet, I would like to make the further suggestion that a centralized process to further clarify the ethical standards to apply in a wide range of specific situations would be helpful. The Tri-Council guidelines in practice leave much room for interpretation. This is an obstacle to research.

In addition to the points that my colleague just raised, I have found that ethics committees spend inordinate amounts of time deliberating over protocols and may ultimately be unduly influenced by specific individuals, judging by the variety in the decisions that they render on the same ethical question.

institutionnelles entre notre établissement et ceux qui se trouvent aux États-Unis. Les incitations à travailler ne sont pas aussi grandes et il y a chez nous un certain nombre d'autres possibilités d'emploi pour les personnes atteintes de maladies mentales qui n'existent pas aux États-Unis. Il y a un certain nombre d'autres facteurs. Toutes ces différences soulèvent des questions auxquelles nous devons répondre afin d'optimiser ce genre de programme dans nos établissements.

Ces observations nous mènent à conclure qu'il nous faut plus de chercheurs dans le domaine des services de santé. Plus il y aura de chercheurs dans ce domaine, plus il sera facile de transférer des connaissances et de mener davantage de recherches sur les adaptations et les améliorations locales. En outre, ils stimulent le développement d'une culture de l'innovation, de l'amélioration constante de la qualité.

Je vous prie de remarquer que j'ai dit «plus de chercheurs dans le domaine des services de santé et non pas «plus d'argent pour la recherche dans le domaine des services de santé». Dans notre collectivité, on croit en général que ce dont nous avons le plus besoin maintenant c'est une plus grande capacité, et non pas nécessairement de plus grosses subventions. Les personnes qui mènent à l'heure actuelle des recherches dans le domaine des services de santé mentale sont très occupées.

Dans quelle mesure devons-nous accroître la capacité? C'est très difficile de le dire. Nous n'avons pas les données qu'il nous faudrait pour pouvoir répondre à cette question. Toutefois, d'après les observations que j'ai pu faire au sujet des possibilités de recherche évaluative utile et du nombre de chercheurs qui en font, je pense qu'il faudrait à tout le moins doubler notre capacité. Il y a déjà certaines initiatives en cours, que je ne vous énumérerai pas faute de temps, mais il serait bon qu'il y en ait encore davantage.

En même temps, il faudrait rendre le secteur des services de santé plus réceptif à l'innovation. Cela exige rien de moins qu'un changement culturel. Certains hôpitaux, comme l'Hôpital Douglas, font des efforts, par exemple en organisant des réunions mensuelles entre les cliniciens et les chercheurs. Cependant, de tels hôpitaux sont l'exception.

Enfin, en ce qui concerne l'éthique, je suis entièrement d'accord avec les opinions que vous avez exprimées dans votre dernier rapport sur la santé. Je tiens à vous confirmer que d'après mon expérience personnelle les normes établies par les comités d'éthique de la recherche des différents hôpitaux universitaires sont loin d'être uniformes et mériteraient une certaine surveillance. Or, je pense qu'il serait utile d'avoir un processus centralisé afin d'éclaircir davantage les normes d'éthique qui s'appliqueraient à un grand nombre de situations différentes. Dans la pratique, les lignes directrices des Trois conseils permettent trop d'interprétations différentes. C'est un obstacle à la recherche.

Outre les points que vient de soulever mon collègue, j'ai constaté que les comités de l'éthique passent énormément de temps à délibérer au sujet des protocoles et qu'ils pourraient être indûment influencés par certaines personnes, si j'en juge par la diversité des décisions qu'ils rendent sur la même question.

Researchers also can spend inordinate amounts of time obtaining approval of their protocols from multiple institutions. I have often had the impression that ethics committees will give an enormous amount of attention to what appear to be relatively minor points, whereas decisions with very great ethical significance involving the care of patients that are made by clinical administrators or decision-makers are themselves not scrutinized at all to the same degree.

**The Chairman:** That is a very provocative ending. I am sure we will come back to that.

**Senator LeBreton:** Mr. Tousignant, two areas struck me in your presentation: One was the whole area of public awareness and the allocation of funds and the other was on access to data.

On the public awareness side, when you are working with limited research funds, how will you decide and what do you propose in terms of public awareness and how you involve the public in the severity of this particular illness?

**Mr. Tousignant:** There needs to be a lot of creativity in that field because that researchers do the research and then they have to apply for more money and get to the next point.

We are increasingly asking the researchers to disseminate the results that they have painfully obtained. However, they are not necessarily competent to do so. There must be some structure. If, for example, a research institute required them to do more in terms of applying the results, they would need assistance because they have not necessarily been trained to do that. Some people have more natural talents to do so. However, others have been trained to live a monk's life in their laboratories and they have not necessarily good communicators. Sometimes they have chosen their jobs to shy away from the public. There should be a little more weight given to career. If your curriculum vitae indicates that you have published in public-oriented journals, that is not a good point. They feel that you have wasted your time. While things are changing, if you applied for research grants, these things were not considered. Therefore, I think that we have to change a little bit the way we see the traditional academic career.

Furthermore, although we produce a lot of knowledge nowadays, there is nobody to integrate the results. This would be research in itself. We need someone who can take in everything we have and try to make sense of it all. Even we do not know; we do not have time to read what our neighbours are doing — even within the same institution. There is a need for people to synthesize the results of research and better communicate the results.

**Senator LeBreton:** In other words, on the public awareness, it is actually internal and external. It is within the community of researchers and you want to increase awareness to that body at large. Is that what you are saying?

**Mr. Tousignant:** Yes.

d'éthique. Les chercheurs passent parfois beaucoup trop de temps à essayer de faire approuver leurs protocoles par de multiples établissements. J'ai souvent eu l'impression que les comités de l'éthique accordent énormément d'attention à certains points qui semblent relativement mineurs alors que les décisions qui touchent aux soins des patients et qui sont d'une grande importance sur le plan de l'éthique et qui sont prises par des administrateurs cliniciens ou des décideurs ne font pas l'objet d'un examen aussi approfondi.

**Le président:** Conclusion très stimulante. Je suis sûr que nous y reviendrons.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Tousignant, deux points m'ont frappée dans votre exposé. Le premier concerne la sensibilisation du public et l'affectation des crédits et l'autre l'accès aux données.

Quand les fonds pour la recherche sont limités, sur la base de quels critères peut-on en soustraire une partie pour informer le public de la sévérité de cette maladie particulière?

**M. Tousignant:** Il faut faire preuve de beaucoup de créativité car tout ce que font les chercheurs c'est chercher et réclamer des fonds supplémentaires pour faire aboutir leur recherche.

De plus en plus nous demandons aux chercheurs de communiquer le résultat de leur dur labeur. Ils ne sont pas forcément les plus doués pour le faire. Il faut qu'il y ait en place une structure. Si, par exemple, un institut de recherche leur demande de faire de la recherche appliquée, il faut les aider car ils ne sont pas forcément outillés pour faire cela. Certains ont un talent naturel pour le faire alors que d'autres vivent comme des moines dans leur laboratoire et ne sont pas forcément de bons communicateurs. Certains ont choisi ce métier pour éviter le contact avec le public. Il faudrait que certaines choses changent. Avoir fait oeuvre de vulgarisation dans des revues destinées au grand public n'est pas un atout dans votre curriculum vitae. D'aucuns considèrent que c'est une perte de temps. Les choses évoluent, mais il fut un temps quand on faisait des demandes de bourses de recherche, où ces initiatives n'étaient pas prises en considération. Il faudrait donc, en conséquence, à mon avis, faire un peu évoluer la tradition associée à ces carrières universitaires.

De plus, nous produisons de plus en plus de connaissances mais il n'y a personne pour intégrer les résultats. Cela devrait être inclus dans la recherche même. Il faudrait que quelqu'un compile toutes ces recherches et en tire des conclusions. Parfois nous sommes complètement ignorants; nous n'avons même pas le temps de lire le résultat des recherches de nos voisins — même dans la même institution. Il faut que quelqu'un fasse la synthèse des résultats de toutes ces recherches et les communique.

**Le sénateur LeBreton:** En d'autres termes, il faut informer autant à l'interne qu'à l'externe. Il faut que les chercheurs eux-mêmes soient partie prenante à cet exercice d'information. C'est bien ce que vous dites?

**M. Tousignant:** Oui.



**Senator LeBreton:** You mentioned having difficulty access to data to people living on welfare. I am just wondering what you are doing to overcome this? Is there a solution? How are you approaching this important data? Is there any chance or any hope that you are going to have success in getting it?

**Mr. Tousignant:** Yes. We did find a solution. I will not go into the details. Sometimes one has to tinker or cheat a little to get around obstacles.

**Senator LeBreton:** Since this is a Parliamentary committee, as Dr. Morin pointed out, you will not be penalized for your answer. Can you give us an example of like how to do get at this data? What can this committee do in its recommendations to help you get access to full data? Perhaps someone else wants to take a crack at this?

**Mr. Latimer:** I would like to reiterate a point that I made towards the end of my presentation. It seems that there are certain types of situations that we can anticipate would be presented fairly regularly before ethics committees. These could be studied ahead of time and there could be a kind of deliberative process to figure out what is an appropriate way to deal with this particular kind of ethical situation.

In other words, I am suggesting that the Tri-Council guidelines be greatly amplified to spell out what should be done in a number of situations. I think that would help in the types of situation to which you referred, where in fact, different ethical bodies that we had to deal with had different interpretations of what was ethical in this particular circumstance.

**Senator LeBreton:** Professor Dorvil, you talked about the issue of community integration and social integration. You spoke to the whole mess — and it is a sorry mess across the country — concerning access to housing and you specifically mentioned the biases as you try to access public housing. Perhaps the better term would be barriers.

In your specific case, can you explain the process that you follow in order to try and access this? What is your success rate? What is the severity of the shortages in this area? That information could perhaps be of use to us as we go across the country?

[Translation]

**Mr. Dorvil:** Yes, in the area of housing, and you are perfectly right to point that out, we must talk about obstacles that prevent certain psychiatric patients from gaining access to subsidized housing or affordable housing, etc.

If the authorities do not spend a bit of money to build subsidized housing, we are going to see deinstitutionalization leading to ghettos of housing inhabited by psychiatric patients. To prevent this ghetto phenomenon, to prevent the effects of its stigmatization caused by a psychiatric diagnosis, North American society must broaden its range of housing options.

**Le sénateur LeBreton:** Vous avez dit connaître des difficultés d'accès aux données sur les assistés sociaux. Qu'est-ce que vous faites pour que cela change? Est-ce qu'il y a une solution? Est-ce que vous avez trouvé un moyen d'accéder à ces données importantes? Y a-t-il une chance ou un espoir de succès?

**M. Tousignant:** Oui. Nous avons trouvé une solution. Je n'entrerai pas dans les détails. Parfois il faut tricher un peu pour arriver à ses fins.

**Le sénateur LeBreton:** Comme le sénateur Morin l'a rappelé, nous sommes un comité parlementaire, ce qui nous confère et vous confère une certaine immunité. Pouvez-vous nous donner un exemple de façon d'obtenir ces données? Quelles recommandations pourrait faire notre comité pour vous aider à accéder à toutes ces données? Quelqu'un d'autre veut peut-être répondre?

**M. Latimer:** J'aimerais répéter ce que j'ai dit vers la fin de mon exposé. Il y a certains types de situations qui ne peuvent échapper à l'intérêt des comités d'éthique. Ils pourraient être étudiés pour fixer les règles à suivre dans de tels cas.

En d'autres termes, il serait bon que les directives des Trois conseils contiennent les règles à suivre dans un certain nombre de situations. Cela permettrait d'éviter le genre de problèmes auxquels vous avez fait allusion quand nous avons affaire à des instances d'éthique différentes qui ont des interprétations différentes.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Dorvil, vous avez abordé les questions d'intégration communautaire et sociale. Vous avez abordé l'imbroglio — puisqu'il s'agit véritablement d'un sac d'embrouilles partout au pays — entourant l'accessibilité des logements et vous avez d'ailleurs mentionné les préjugés qui limitent l'accès aux logements sociaux. Peut-être devrais-je plutôt parler d'obstacles.

Pourriez-vous nous expliquer, dans votre cas, quel processus vous suivez pour avoir accès à ces logements? Quel est votre taux de réussite? Quelle est l'ampleur de la pénurie dans ce domaine? Nous pourrions mettre ces renseignements à profit lors de notre tournée du pays.

[Français]

**M. Dorvil:** Oui. Dans le domaine du logement, et vous avez parfaitement raison de le dire, il faut parler d'obstacles qui empêchent certains patients psychiatriques d'avoir soit un logement subventionné ou à un logement à prix abordable, et cetera.

Si le pouvoir public ne met pas un peu d'argent dans la construction des logements subventionnés, nous allons assister au niveau de la désinstitutionnalisation à une transformation en ghettos des logements habités par des patients psychiatriques. Pour prévenir ce phénomène de ghetto, pour prévenir l'effet de la stigmatisation du diagnostic psychiatrique, les sociétés nord-américaines doivent élargir l'éventail des logements.

I am in communication with colleagues in Ontario, for instance, who work at the Clarke Institute and who have observed the same thing, namely that when a psychiatric patient is qualified to live in so-called normal housing, the waiting list is four or five times longer than that for group homes and other residential facilities administered by psychiatric hospitals.

On the whole, the number of subsidized housing units must be increased to give qualified psychiatric patients a chance to obtain normal housing.

[English]

**Senator LeBreton:** What happens to them in the interim? There are these people and there are access problems. Where do they live? Are they kept in institutions, are they on the streets, or are there families trying to deal with it? Where are all these people in this holding pattern waiting for public housing?

[Translation]

**Mr. Dorvil:** Yes. You are perfectly right to point that out. For example, 57 per cent of psychiatric patients in the community live with their natural family. In the United States, in the State of New York for instance, that figure rises to 69 per cent, so that was true.

Some families can no longer house a loved one who is ill simply because the parents have become too old. That is why it is virtually a necessity to have other types of subsidized housing so as not to increase the number of homeless people.

You are quite right to draw attention to the contribution of families. Families provide far more housing for psychiatric patients than the State. And that is their role, it is their duty.

We must not forget that society has changed. Women now work outside the home so the State cannot order families and therefore women to stay home to look after these patients themselves.

The State has some responsibility and it must also provide what we call respite care, emergency help and support for families who still have a psychiatric patient living at home, with all of the extreme ups and downs that can represent.

[English]

**The Chairman:** It would certainly be very helpful — even if you do not know the answer today — if we could have your conjectures down the road as to why it is in Canada you have the 57 per cent staying with their families and right next door in New York state you have 69 per cent? That 12 per cent increase is a huge difference and would clearly be beneficial to the patients.

Why is there a difference? Is there some public policy change — it may even be a tax change for all I know — that would enable us to move from 57 per cent up towards 70 per cent?

Je suis en communication avec des collègues en Ontario, par exemple, qui travaillent à l'Institut Clarke, et ils nous font les mêmes observations, à savoir que quand le patient psychiatrique est qualifié pour habiter un logement dit normal, la liste d'attente est quatre ou cinq fois plus longue que la liste d'attente pour les résidences d'accueil, les centres d'hébergement administrés par les hôpitaux psychiatriques.

Grosso modo, il faut augmenter le nombre de logements subventionnés pour donner une chance aux patients psychiatriques qualifiés d'avoir un logement normal.

[Traduction]

**Le sénateur LeBreton:** Que font ces personnes entre temps? Leurs problèmes d'accès sont bien réels. Où vivent-elles? Vivent-elles dans des institutions, dans la rue, leur famille essaye-t-elle de les aider? Où sont ces personnes en attente d'un logement subventionné?

[Français]

**M. Dorvil:** Oui. Vous avez parfaitement raison de souligner cela. Par exemple, 57 p. 100 des patients psychiatriques dans la communauté vivent dans leur famille naturelle. Aux États-Unis, dans l'État de New York, par exemple, ça va jusqu'à 69 p. 100, donc c'était vrai.

Certaines familles ne peuvent plus accueillir le membre malade parce que, tout simplement, les parents sont rendus trop âgés. C'est la raison pour laquelle c'est presque une nécessité d'avoir d'autres types de logements subventionnés afin de ne pas augmenter la population des personnes itinérantes.

Vous avez raison d'attirer l'attention sur l'apport des familles. Ce sont les familles qui hébergent le plus les patients psychiatriques, plus que l'État. Et c'est leur rôle, c'est leur devoir.

Il ne faut pas oublier que la société a changé. Il y a quand même les femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer, donc il ne faudra pas que l'État fasse une prescription aux familles, donc aux femmes, pour qu'elles soient obligées de garder les patients chez elles.

L'État a une certaine responsabilité et elle se doit, en même temps, d'offrir ce qu'on appelle du répit, du dépannage et des mesures de soutien aux familles qui gardent encore à la maison, contre vents et marées, le patient psychiatrique.

[Traduction]

**Le président:** Ce serait effectivement fort utile — même si vous n'êtes pas en mesure de répondre aujourd'hui — de connaître vos hypothèses sur ce qui explique que 69 p. 100 des patients psychiatriques vivent dans leur famille dans l'État de New-York alors que ce n'est que 57 p. 100 d'entre eux qui sont dans cette situation au Canada. Cet écart de 12 p. 100 est considérable et une augmentation équivalente du côté canadien serait sans doute profitable aux patients.

Pourquoi y a-t-il une telle différence? Un changement de politique — peut être d'ordre fiscal, que sais-je — nous permettrait-il de passer de 57 à 70 p. 100?



[Translation]

**Mr. Dorvil:** Yes, it is possible to improve the situation. I believe that while the figure is 57 per cent in east-end Montreal, in the Laurentians for example, it climbs to 66, 67 or 68 per cent. There are even some regions in Quebec where it surpasses the American rate. This is true in the Saguenay/Lac Saint-Jean region for example.

In Ontario, in the area around Kitchener, there are far more families who keep psychiatric patients at home than in the London region. Why? We do not know. Perhaps because the psychiatric hospital makes more alternate housing units available to families. People therefore turn to the easiest solution.

In the Kitchener region, where there are no psychiatric hospitals, people have become accustomed to fending for themselves. That is why the families there do a bit more.

Those are some of the things we discuss with our colleagues from Ontario, John Trainor and John Sylvestre, and these are hypotheses that we will continue to examine.

[English]

**The Chairman:** Thank you. Can I urge you and your colleagues to conduct some research that will answer the question? If you have a case in Ontario where the numbers are different between London and Kitchener, there must be a reason why. It would help us to know the answer.

**Mr. Latimer:** It does not seem to me to be at all obvious that increasing the percentage is in itself necessarily a good thing. It depends. The real answer is we want families who have someone who has a severe mental illness to have a range of options available to them so that what is best for the family and for the patient is possible.

**The Chairman:** I agree with you completely. However, it does strike me as curious that in a relatively small geographic area, there are significantly different results. Forget for the moment whether it is better or worse for the patient; we want to understand what the underlying societal motivators are that lead to that difference. In particular, it would be helpful to understand the motivators if you were to design a program to encourage those patients who are ideally suited to being at home, to be at home.

**Senator Robertson:** I should like to quickly tell you about a program with which I am personally involved.

Last year a small group of us started a program called "Alternative Residences and Rehabilitation for the Mentally Ill." Dr. Gilbert Finn—who was one of the past Lieutenant Governors of the province—has been on the French radio stations all year. Your humble civil servant here has been on the English stations all year, talking about the necessity of supporting alternative residences.

[Français]

**M. Dorvil:** Oui, il y a moyen d'améliorer la situation. Je crois que si le pourcentage s'élève à 57 p. 100 dans l'Est de Montréal, dans les Laurentides, par exemple, le pourcentage monte à 66, 67, ou 68 p. 100. Il y a même certaines régions du Québec où cela dépasse le taux américain, au Saguenay/Lac Saint-Jean, par exemple.

En l'Ontario, dans la région de Kitchener, il y a beaucoup plus de familles qui gardent les patients psychiatriques chez eux que dans la région de London. Pourquoi? On ne le sait pas. Peut-être que c'est parce que l'hôpital psychiatrique met beaucoup de logements de substitution à la disposition des familles. Les gens prennent donc la solution de facilité.

Dans la région de Kitchener, où il n'y a pas d'hôpitaux psychiatriques, les gens ont été entraînés à se débrouiller. C'est la raison pour laquelle les familles en font un peu plus.

Ce sont des réflexions que nous avons eues avec nos collègues de l'Ontario John Trainor et John Sylvestre, et ce sont des hypothèses que nous allons continuer d'étudier.

[Traduction]

**Le président:** Merci. Puis-je vous demander, à vous et à vos collègues, de faire les recherches nécessaires pour répondre à notre question? Si les chiffres varient autant entre London et Kitchener, il y a sans doute une raison. Il serait utile pour nous de la connaître.

**M. Latimer:** Je ne crois pas que l'augmentation de ce pourcentage soit nécessairement positive. Ce n'est pas toujours le cas. En définitive, nous voulons que les familles dont un des membres est atteint d'une maladie mentale grave aient une gamme de possibilités à leur disposition qui leur permette de choisir celle qui convient le mieux à leur famille et au patient.

**Le président:** Je suis tout à fait d'accord avec vous. Toutefois, je trouve étrange que dans une région qui n'est quand même pas très grande, il y ait des différences aussi marquées. Indépendamment du fait que ce soit préférable ou non pour les patients, nous voulons comprendre quels sont les facteurs sociétaux sous-jacents qui causent cette divergence. Il serait particulièrement utile de comprendre ces facteurs si l'on souhaitait créer un programme qui encouragerait les patients à qui il conviendrait mieux de rester à la maison de pouvoir le faire.

**Le sénateur Robertson:** Je voudrais vous dire quelques mots sur un programme auquel je participe.

L'année dernière, un petit groupe de personnes auquel j'appartiens a mis sur pied un programme concernant les logements de substitution et la réhabilitation des malades psychiatriques intitulé «Alternative Residences and Rehabilitation for the Mentally Ill». Le Dr Gilbert Finn, autrefois lieutenant-gouverneur de la province, en a parlé sur les ondes de la radio française toute l'année. J'en ai moi-même parlé sur les ondes des radios anglophones toute l'année pour sensibiliser la population aux besoins de logements de substitution.

We have not raised a lot of money, but we have raised \$750,000.00 so far; not a dollar of which has come from governments.

Each residence has four apartments. We keep them small so that we will not ghettoize. The program is extremely helpful. It has shown that if you get into the media and start talking about these problems, the public will respond. We have had a great response from the public.

**The Chairman:** Thank you. I should just say to our witnesses, Senator Robertson is a former Minister of Health and from the province of New Brunswick.

**Senator Robertson:** Our community is small.

[Translation]

**Mr. Dorvil:** Yes. But I would add that it is a very complicated situation. We encourage families, to keep the patient with them. And with approaches such as respite care and emergency care, the more support we can provide these families the more they will continue to do so.

But even taking that into account, we feel that the State must still contribute to subsidizing other types of housing. The ideal type of housing for psychiatric patients has not yet been found. So we want to discover other types of housing.

**Senator Morin:** Doctor Dorvil, I would like to continue on this issue of housing, because it seems to me there is some ambiguity here.

I think that we have to put the focus back on the patients and not on the family or the State. If we look at this from the patient's point of view, are there not patients for whom it would be better to be housed independently, away from their families?

A 50-year-old person cannot stay indefinitely with his 80-year-old parents. I am not talking about the parents. I am thinking of the patients. I think there comes a point in life where you want to leave your family and have your own home, whether you are sick or not.

I think that the high percentage of patients who live with their families, as Mr. Latimer pointed out, is not necessarily a good thing. I think there are advantages to these people having their own homes.

You have not discussed this, but to pick up on Senator LeBreton's question, are there in fact patients who are on the streets because there is no housing available?

**Mr. Dorvil:** I would like to answer the last part of your question first. It is true that there are psychiatric patients who live in facilities or in supervised apartments in group homes. At 9 or 10 in the morning, the person in charge of the home may say "You have to get some air. Go for a walk."

There are also psychiatric patients who have trouble adapting to a residential facility. No matter how many different types of housing we try out for them, they prefer to wander the streets. I

Nous n'avons pas réuni de sommes importantes, mais nous avons tout de même obtenu 750 000 \$ jusqu'à présent sans aucune contribution gouvernementale.

Chaque résidence est composée de quatre appartements. Elles sont de petite taille afin d'éviter la création de ghettos. Le programme est d'un grand secours. Il a montré que lorsque l'on se sert des tribunes médiatiques et que l'on commence à parler de ces problèmes, la population réagit. La population a réagi en grand nombre à notre initiative.

**Le président:** Je vous remercie. À titre de renseignement à l'intention de nos témoins, je précise que le sénateur Robertson a été ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick.

**Le sénateur Robertson:** Notre collectivité est de taille modeste.

[Français]

**M. Dorvil:** Oui. Mais, j'ajouterais que c'est quand même une situation très compliquée. Nous encourageons les familles à garder le patient chez eux. Et avec des formules comme le répit, le dépannage, plus on va donner de soutien à ces familles, plus les familles vont continuer à le faire.

Même en tenant compte de ceci, nous disons qu'il faut tout de même que l'État contribue à subventionner d'autres types de logements. Le logement idéal pour les patients psychiatriques, nous ne l'avons pas encore trouvé. Donc, on veut découvrir d'autres types de logements.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais poursuivre, docteur Dorvil, sur cette question du logement, parce qu'il me semble qu'il y a une certaine ambiguïté.

Je pense qu'on doit tout ramener aux malades et non pas à la famille ou à l'État. Si on se place du côté du patient, n'y a-t-il pas des malades pour qui il serait mieux d'être en logement?

Une personne âgée de 50 ans ne peut pas demeurer indéfiniment chez ses parents qui ont 80 ans. Je ne parle pas des parents, je pense aux patients. Je pense qu'il y a un moment dans la vie où on veut quitter la famille puis avoir son propre logement, qu'on soit malade ou non.

Je crois penser que le haut pourcentage de patients qui sont dans leur famille, comme l'a dit M. Latimer, n'est pas nécessairement une bonne chose. Je pense qu'il y a des avantages à ce que les gens aient leur propre logement.

Vous n'en avez pas parlé, mais y a-t-il, en effet, pour reprendre la question que sénateur LeBreton a posée, des malades qui sont dans la rue parce qu'il n'y a pas de logements disponibles?

**M. Dorvil:** Je vais d'abord répondre à la dernière partie de votre question. C'est vrai qu'il y a des patients psychiatriques qui habitent, par exemple, en résidence d'accueil ou en appartement supervisé dans des foyers de groupe. Le responsable du foyer peut déclarer à neuf ou dix heures du matin: «Il faut aller prendre de l'air. Allez vous promener.»

Il y a aussi des patients psychiatriques qui ont de la difficulté à s'adapter à une résidence d'accueil. On a beau les placer dans différents types de logement, ils préfèrent vagabonder. Je ne dirai



am not saying that this is part of their pathology, but one can say that there are a certain number of homeless people wandering the streets who have been diagnosed with psychiatric illness. One cannot get away from that.

To get back to what you said earlier, I think that all human beings dream of a certain level of autonomy. It all depends on their means. Everyone knows that at 20, 22 or 25 years old, the first time we sign a lease we are quite proud of ourselves.

A psychiatric patient of 40 or 50 years of age also wants to have that feeling of pride. He wants to free himself from the guardianship of his parents. I think that is perfectly normal.

Many patients encounter obstacles or anomalies within the housing or sheltering system. In the course of my research, I met with psychiatric patients who lived in residential facilities who could have lived in autonomous housing. And I met some in autonomous housing who would have been better to learn social skills in residential facilities.

We sometimes end up faced with two groups: one under the auspices of a hospital and the other under the auspices of community groups or non-profit organizations and so forth. These two groups do not talk to each other. There is really a brick wall there. We need some intervention to make these two groups speak to one another for the well-being of the patients, as Senator Morin just said. We must always take the psychiatric patient into account. Depending on what stage the patient is in the healing process, certain types of housing are more suitable for psychiatric patients in the first phase of healing, others for those in the second phase and yet others for those in the third phase.

**Senator Morin:** Doctor Tremblay, you raised the issue of violence, which seems to me to be very important. A lot of the discrimination and stigmatization faced by psychiatric patients stems from the fear that many normal citizens feel; they are afraid that the patient will suddenly become violent.

You stated that an individual starts to become violent as early as 24 months of age. Of course, this is a matter of degree. Is this a sign of underlying mental illness?

Can anything be done to provide early treatment of mental illness, or is this a situation that has no bearing on these different mental disorders?

I would also like to talk about the environment and I would especially like to talk about television.

Recently, a team that examined violence on television submitted quite an exhaustive report to the CRTC asking it to limit the broadcasting of television violence and expressing the opinion that there was a close relationship between the violence among young people and in society and what was viewed on television. I would like to hear your views on that.

**Mr. Tremblay:** You are correct in saying that part of the psychiatric population produces a significant proportion of the incidence of violence. Studies conducted on the development of

pas que cela fait partie de leur pathologie, mais on peut dire qu'il y a un certain nombre de personnes itinérantes qui ont des diagnostics psychiatriques. On ne peut pas s'en sortir.

Pour revenir à ce que vous avez dit tantôt, je trouve que tout être humain rêve d'une certaine autonomie. Tout dépendra de ses moyens. Tout le monde sait qu'à 20, 22 ou 25 ans, la première fois qu'on a signé un bail, on en était fier.

Le patient psychiatrique âgé de 40 ou 50 ans veut, lui aussi, avoir cette fierté. Il veut se libérer de la tutelle de ses parents. Je trouve que c'est tout à fait normal.

Plusieurs patients retrouvent ce que j'appellerais des blocages à l'intérieur même du système de l'hébergement/logement. Dans mes recherches, j'ai rencontré des patients psychiatriques vivant dans les résidences d'accueil qui auraient pu vivre en habitation autonome. Et j'ai rencontré, dans des habitations autonomes, des patients psychiatriques qui auraient mieux fait d'apprendre des habiletés sociales dans des résidences d'accueil.

Il arrive que nous nous retrouvions devant deux groupes: un groupe qui est sous l'obédience hospitalière médicale et un autre qui est sous l'obédience soit des groupes communautaires ou des sociétés à but non lucratif, et ainsi de suite. Ces deux groupes ne se parlent pas. Il y a réellement un blocage. Il faudrait faire des interventions pour que ces deux groupes se parlent, pour le bien du patient psychiatrique, comme le sénateur Morin vient de dire. Il faut toujours tenir compte du patient psychiatrique. Selon le stade où le patient psychiatrique se trouve dans sa guérison, dans son processus de rétablissement, certains types de logement s'harmonisent avec des patients psychiatriques qui sont dans la première phase du rétablissement, d'autres dans la deuxième phase du rétablissement et puis d'autres dans la troisième phase.

**Le sénateur Morin:** Docteur Tremblay, vous avez abordé la question de la violence, qui me paraît un domaine très important. Beaucoup de discrimination et de stigmatisation à l'égard des patients psychiatriques vient de la crainte que le citoyen normal ressent; il a peur que le patient devienne subitement violent.

Vous avez dit que dès l'âge de 24 mois, on commence à être violent. Évidemment, il y a des degrés. Est-ce un signe d'une maladie mentale sous-jacente?

Peut-on faire quelque chose pour le traitement précoce des maladies mentales ou si c'est plutôt une situation qui n'a pas de rapport avec ces différentes maladies mentales?

Je voudrais aussi parler de l'environnement. Et je voudrais surtout parler de la télévision.

Récemment, une équipe a fait état de la violence à la télévision et elle a soumis un document assez étoffé au CRTC lui demandant de limiter la diffusion de violence à la télévision et exprimant l'opinion qu'il y avait une relation étroite entre la violence des jeunes et de la société et ce qu'on voyait à la télévision. J'aimerais avoir votre opinion là-dessus.

**M. Tremblay:** Vous avez raison de dire qu'il y a une partie de la population psychiatrique qui produit une quantité importante de violence. Les travaux qui ont été faits sur le développement des

violent behaviour show that indeed, the frequency of physical aggression, since we are talking of physical violence, reaches its peak in early life, around the age of 24 months.

The older children get, the less they resort to physical aggression. What we see is that children learn to control their violent behaviour when they are very young. Virtually all children display this physically aggressive behaviour very early. But there are significant differences in terms of frequency.

Very early, we see this gap between children who will occasionally hit or bite others and children who frequently use these modes of interaction with others.

In recent research, we discovered that part of this component is genetic and the other is environmental. The frequency in the use of violence at age 17 months seems partly determined by genetic effects. The fact that this diminishes over time seems strongly related to the environment.

A child whom we might describe as "turbocharged", who is born with the need to have everything and grab everything and who ends up in a disorganized environment will never learn to apply the brakes. At age 2, he will not hurt too many people except other small children, but as he gets older, he becomes more and more of a threat for his environment.

What I say to people who work with 2-year-olds is: imagine that that child goes to bed tonight, and when he gets up tomorrow morning, he is six-foot-three and weighs 250 pounds. Do you want to continue living with him? A 2-year-old who cries, screams, has temper tantrums, is not a person you want to have around when he is six-foot-three and weighs 250 pounds.

It is quite obvious that these children have to be helped at a very early age. Problems related to physical aggression, hyperactivity, depression, in short just about all mental health problems, manifest themselves early.

The signs appear early, but they get worse, and once that aggressive person is in society, he becomes a threat. We tend to wait too long. Some children get to kindergarten and we can see clearly that they have problems, but we wait because they are not considered dangerous.

Instead, we focus on adolescents. Our resources become available at adolescence and adulthood. We wait for children to grow up and of course if we have not done what we were supposed to do, we end up with adults and adolescents who are very difficult to control and then they are placed somewhere.

Some children are placed at the end of elementary school, at adolescence. In fact, even in supervised facilities, overly aggressive children are removed from their environment.

At the early age of 2, 3 or 4 years, those who will later be called mentally ill are already marginalized. They are marginalized very early. The approach that we feel is adequate in terms of investment in our children is a preventive approach, one that must take place as early as possible.

comportements violents montrent, en effet, que la fréquence de l'agression physique, puisqu'on parle de violence physique, est à son maximum au début de la vie, autour de l'âge de 24 mois.

Plus les enfants vieillissent, moins ils utilisent l'agression physique. Ce qu'on voit, c'est que les enfants apprennent, quand ils sont très jeunes, à maîtriser leurs comportements violents. À peu près tous les enfants manifestent tôt ces comportements d'agression physique. Mais il y a des différences importantes en termes de fréquence.

Très tôt déjà, on voit cet écart entre des enfants qui, à l'occasion, vont frapper, mordre et des enfants qui vont fréquemment utiliser ces modes de relations avec les autres.

On a découvert, dans la recherche récente, qu'une partie de cette composante est génétique et que l'autre partie est environnementale. La fréquence de l'usage de la violence à l'âge de 17 mois semble en partie déterminée par des effets génétiques. Le fait que cela diminue avec le temps semble fortement relié à l'environnement.

Un enfant qui, appelons-le un «turbomoteur», naît avec le besoin de tout avoir, de tout prendre et qui se retrouve dans un environnement désorganisé, n'apprendra jamais à mettre le frein. À l'âge de 2 ans, il ne fait pas mal à beaucoup de monde, sauf aux petits enfants, mais à mesure qu'il vieillit, il devient de plus en plus une menace pour son environnement.

Je dis aux gens qui travaillent avec des petits enfants de 2 ans: imaginez-vous qu'il se couche ce soir et que quand il se lèvera demain matin, il mesurera six pieds trois pouces et pèsera 250 livres. Vous voulez continuer à vivre avec lui? L'enfant de 2 ans qui pleure, qui crie, qui fait des crises, on ne veut pas qu'il mesure six pieds et trois pouces et qu'il pèse 250 livres.

Ces enfants, il est évident qu'il faut les aider en bas âge. Les problèmes liés à l'agression physique, à l'hyperactivité, à la dépression, bref, à peu près tous les problèmes de santé mentale, apparaissent tôt.

Les signes apparaissent tôt, mais ils vont en augmentant, et une fois rendue dans la société, la personne agressive devient une menace. On attend trop. Les enfants arrivent en maternelle, on voit bien qu'ils ont des problèmes, mais on attend parce qu'ils ne sont considérés comme étant dangereux.

On se centre plutôt sur les adolescents. Nos ressources se situent au niveau de l'adolescence et de l'âge adulte. On attend que les enfants vieillissent et, évidemment, comme on n'a pas fait les interventions qu'il faut, on se retrouve avec des adolescents et des adultes extrêmement difficiles à contrôler, et donc, on les place.

On place certains enfants à la fin de l'école primaire, à l'adolescence. En fait, même dans les milieux de garde, les enfants trop agressifs sont retirés de leur environnement.

Déjà à l'âge de 2, 3 et 4 ans, on marginalise ceux qu'on va appeler plus tard les malades mentaux. Ils sont marginalisés très tôt. L'approche que l'on pense adéquate en termes d'investissement chez ces enfants, c'est une approche de prévention qui doit être faite le plus tôt possible.



One thing that mental health and neuroscience research has taught us is that the human brain is like a pension fund: the earlier you invest, the bigger the long term dividends. The human brain shows its greatest capacity to learn early in life. If you want someone to learn French or English, teach it early. If you wait till later, it will be much more difficult.

This is true for aggression, for hyperactivity, for anxiety and all other mental health problems. We can intervene early. And we can do some screening. Longitudinal studies show that we are able to identify children who will become mentally ill later in life. So there are advantages to very early intervention.

**Senator Morin:** And television?

**Mr. Tremblay:** Oh, television! Given what I have just said, you understand that physical aggression is at its peak in terms of frequency at age two and that it diminishes with age. Even among the most serious cases, the frequency of aggression diminishes with age, but not the gravity of it.

People confuse frequency and seriousness. Of course as they get older, patients become more aggressive, but the frequency of these aggressive outbursts goes down with age. It is hard to understand that as they age, people become less aggressive even though they are exposed to more aggressive television content.

From what we know, we cannot state that television is one of the factors that contribute to people becoming more aggressive.

However, it would seem that television has a greater influence on people who already are aggressive. If people who already are aggressive are shown all kinds of ways of being aggressive to others, they are not going to learn how to be aggressive, but they will learn new means of aggressing others.

It is a fact that the majority of North Americans are exposed to violent television content. But it is not true that television makes everyone aggressive. Just like alcohol does not make us all alcoholics, television does not make us all violent.

[English]

**Senator Cordy:** Thank you to all of you for your presentations this morning.

**Dr. Tremblay,** you talked about early intervention and that you are now working with pregnant women. A number of years ago, there was a very high-profile case in Canada of a pregnant woman who was abusing drugs and alcohol. What can we do legally, in 2003, if we see a pregnant woman who is abusing her body and thus abusing the unborn child?

**Dr. Tremblay:** Well, I am not a lawyer. However, it is obvious. I have provided a package that explains the work that the Centre of Excellence for Early Childhood Development is doing. Last fall we dealt with the topic of the use of alcohol and tobacco during pregnancy. It is very clear that smoking or abusing alcohol during

Une chose que la recherche en santé mentale en neurosciences nous a apprise, c'est que le cerveau humain est comme un fonds de pension: plus on investit tôt, plus cela aura des effets à long terme. Le cerveau humain démontre sa plus grande capacité d'apprendre tôt dans la vie. Si vous voulez que quelqu'un apprenne le français ou l'anglais, enseignez-le tôt. Si vous attendez plus tard, ce sera beaucoup plus difficile.

C'est vrai pour l'agression, pour l'hyperactivité, pour l'anxiété, pour tous les problèmes de santé mentale. Nous pouvons intervenir tôt. Et nous pouvons faire du dépistage. Les études longitudinales montrent que nous sommes capables d'identifier les enfants qui vont devenir les malades mentaux plus tard. Il y a donc avantage à faire des interventions très tôt.

**Le sénateur Morin:** Et la télévision?

**M. Tremblay:** Ah! La télévision. Vous comprendrez, suite à ce que je viens de dire, que l'agression physique est à son maximum en termes de fréquence à l'âge de deux ans et qu'elle diminue avec l'âge. Même chez les cas les plus graves, la fréquence de l'agression physique diminue avec l'âge, mais pas la gravité.

On mélange fréquence et gravité. C'est sûr qu'en vieillissant, l'agression du patient devient plus grave. Mais, la fréquence de l'agression diminue avec l'âge. C'est difficile de comprendre qu'avec l'âge, l'agressivité diminue même si les gens consomment plus de télévision à contenu agressif.

Dire qu'en soi la télévision est le facteur qui fait que les gens deviennent agressifs ne fait pas de sens, compte tenu de ce que l'on connaît.

Il semble bien que la télévision ait une influence plus grande sur ceux qui sont déjà agressifs. Si on montre toutes sortes de modèles de façons différentes d'agresser les autres à ceux qui sont déjà agressifs, ils n'apprendront pas à être agressifs. Ils vont apprendre à utiliser différents moyens.

C'est un fait que la majorité des Nord-Américains, consommant de la télévision à contenu agressif. Ce n'est pas vrai que la télévision rend tout le monde agressif. C'est comme l'alcool, l'alcool ne rend pas tout le monde alcoolique. Et la télévision ne rend pas tout le monde violent.

[Traduction]

**Le sénateur Cordy:** Merci à tous des exposés que vous nous avez faits ce matin.

**Docteur Tremblay,** vous avez parlé d'intervention précoce et de votre travail auprès de femmes enceintes. Il y a quelques années, une cause a beaucoup retenu l'attention au Canada; elle portait sur une femme enceinte qui consommait des drogues et abusait de l'alcool. En 2003, que pouvons-nous faire dans un cas semblable, où une femme commet de tels abus qui nuisent à son corps mais aussi à son enfant en gestation?

**Dr Tremblay:** Bien que je ne sois pas avocat, la question me paraît évidente. J'ai d'ailleurs fourni des documents expliquant le travail du Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. L'automne dernier, on y a justement traité de la consommation d'alcool et du tabagisme pendant la grossesse. Il

pregnancy have a tremendous impact on the brains of babies. That impact has an effect on the capacity to control your behaviour after birth.

Twenty-five per cent of pregnant women in Canada smoke throughout their pregnancies. In my view, smoking during pregnancy is the thing we could act on to prevent a lot of mental health problems. We know that smoking produces low birth weight; it also produces brains that are, in fact, addicted. It produces hypertension. We say, "They are smoking. What can we do?"

If a mother gave a cigarette to her baby after birth, we would intervene. If a mother gave alcohol to her baby after birth, we would intervene. Nicotine gets through the milk of breast-feeding mothers. Alcohol gets through the mother's milk. We encourage these women to breast-feed, yet babies are starting to smoke and drink during pregnancy. These are huge mental health problem issues.

**Senator Cordy:** What can we do? I mean, we can educate and advertise — this has worked to a great extent with smoking and with drinking and driving. These have been successful programs.

However, what can we do with people who refuse to listen?

**Dr. Tremblay:** I think we need to do much more. The knowledge has not been that clear for long. We must ensure a transfer of knowledge and it must be done in a very intensive and systematic way. Most nurses who do home visitations for pregnant women tell us that we are crazy; that we will not get them to stop smoking because it is their only means of coping with stress.

The focus is on the well being of the adult. We have been talking about mental illness mainly for adults. We need to think about the next generation. Therefore, whenever we are making a mental illness intervention, we should prioritize the next generation.

In most mental illness facilities in North America, the people who do the intervention with adults who have mental illnesses do not really care about the next generation. At one of the biggest hospitals in North America — the Hôpital Louis Hippolyte-Lafontaine, here in Montreal — I asked for information on the patients' children and their ages. I was told they did not keep such records.

That occurred five years ago and I think the attitude persists in most facilities. Even though we know that mental illness is largely an inter-generational phenomenon, we do not do much about the next generation.

ne fait aucun doute que pendant la grossesse, ces deux habitudes ont des conséquences graves pour le cerveau des bébés, et qui se manifesteront plus tard par la difficulté pour l'enfant de contrôler son comportement.

Au Canada, 25 p. 100 des femmes enceintes fument pendant leur grossesse. À mon avis, nous pourrions intervenir pour contrer cela et ainsi prévenir bon nombre de problèmes de santé mentale. Nous savons en effet qu'une femme enceinte qui fume aura des enfants plus petits et dont le cerveau sera déjà atteint par les effets de la toxicomanie. Cette situation crée aussi de l'hypertension. Par conséquent, lorsqu'une femme enceinte fume, nous nous demandons ce que nous pouvons faire.

Si une mère donnait une cigarette à son enfant après sa naissance, nous interviendrions. Si elle lui faisait boire de l'alcool, nous le ferions aussi. Or la nicotine est transmise dans le lait maternel, tout comme l'alcool. Nous encourageons les mères à allaiter, mais les enfants ont déjà commencé à fumer et à boire durant la grossesse. Cela représente d'énormes problèmes de maladie mentale.

**Le sénateur Cordy:** Que pouvons-nous faire? Nous pouvons bien éduquer la population et produire des messages d'intérêt public, nos campagnes anti-tabac et anti-alcool au volant ont d'ailleurs donné de bons résultats.

Toutefois, que pouvons-nous faire lorsque les gens refusent d'écouter?

**Dr Tremblay:** Je pense qu'il faut en faire beaucoup plus. Cela ne fait pas très longtemps que nous savons ces choses. Nous devons donc lancer des campagnes intensives et systématiques afin de les faire connaître à la population. Cela dit, la plupart des infirmières visiteuses qui se rendent chez les femmes enceintes nous disent qu'il est insensé de tenter cela car on ne réussira jamais à obtenir que ces femmes renoncent à la cigarette; elle leur sert de béquille psychologique indispensable face au stress.

On insiste sur le bien-être de l'adulte. Au sujet des maladies mentales, nous avons surtout parlé des problèmes des adultes. Il faut cependant que nous pensions aussi à la génération suivante. À chaque fois que nous intervenons pour cause de maladie mentale, il faudrait qu'on accorde la priorité à la génération de ceux qui nous suivent.

Dans la plupart des établissements psychiatriques d'Amérique du Nord, les professionnels de la santé qui traitent les adultes malades ne se préoccupent pas de la prochaine génération. Dans l'un des plus grands hôpitaux de notre continent, l'Hôpital Louis Hippolyte-Lafontaine situé ici même à Montréal, j'ai demandé des renseignements sur l'âge des enfants des adultes malades, et on m'a répondu qu'on ne gardait pas de données là-dessus.

C'était il y a cinq ans, et je pense que la situation est demeurée la même dans la plupart des établissements. Nous savons que la maladie mentale est dans une grande mesure un phénomène transgénérationnel, mais nous ne nous occupons que très peu de la prochaine génération.



[Translation]

**Senator Morin:** Doctor Tremblay, you have raised an important issue. Could you perhaps send us some references about the link between smoking while pregnant and children's health?

**Mr. Tremblay:** Certainly. There is a Web site where you can find an encyclopaedia and I will send you the reference.

[English]

**Senator Keon:** Smoking behaviour can be modified. It is just a matter of the investment. In my other life, we have an enormously successful anti-smoking program.

**The Chairman:** In his other life Senator Keon is the CEO of the Ottawa Heart Institute.

**Senator Cordy:** With respect to early intervention, your comment "the earlier you invest, the greater your return" is an excellent one. I will have to remember that.

Last week we heard from some witnesses who said that there is reluctance on the part of many people to admit that children indeed can have a mental illness and that this creates a problem in early identification and intervention. If you do see a child who is showing signs of a mental illness — you talked about a high degree of aggressiveness than an average child would have — how do you get parents to develop better parenting skills?

I used to teach elementary school. I have seen parents who thought that their children were being cute or precocious or, a term that I hated, "all boy." How do you get parents to recognize that perhaps they are lacking in substantial parenting skills?

**Dr. Tremblay:** There are a number of "parent training" programs have been developed. We experimented with such a program with a sample of kindergarten level children who were showing these problems. They were from low socio-economic areas and their parents had low education. That program has shown long-term effects. Those children are now in their early 20s and we have been able to reduce their dropout rate by half and we have reduced substantially delinquency, drug use and alcohol abuse. One of the reasons for our success is that we went to their homes. We did not ask them to come to a clinic or to come to school.

The majority of the programs are organized in such a way that those who need it most cannot access them easily. Most services are like that. It is much easier for the professional to say, "Come and see me between 9:00 and 5:00," than to go to their homes on Saturdays or on Sundays, or at night. We need to try to find professionals who will work at the time when these people are available.

It does not make sense for the professionals to try to make the patient fit their schedules. However, it can work if one invests a lot in reaching out to provide the services. While some people say it will not work, we have found that those who need the services

[Français]

**Le sénateur Morin:** Docteur Tremblay, vous avez soulevé un point important. Pouvez-vous nous faire parvenir des références en rapport avec le lien entre l'usage du tabac de la mère enceinte et les enfants?

**M. Tremblay:** Certainement. Il y a un site Web qui contient une encyclopédie. Je vais vous envoyer la référence.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Il y a moyen d'influer sur le comportement des fumeurs. Il faut simplement y consacrer les ressources nécessaires. Dans mon autre vie, je vois les excellents résultats qu'ont obtenus les programmes antitabagisme.

**Le président:** Dans son autre vie, le sénateur Keon est le P.D.G. de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.

**Le sénateur Cordy:** Au sujet de l'intervention précoce, vous avez dit que plus on intervient tôt, plus les résultats sont positifs. Cela me paraît excellent. Il faudra que je m'en souvienne.

La semaine dernière, nous avons entendu des témoins nous dire que beaucoup de gens hésitent à admettre qu'il peut arriver que des enfants souffrent de maladie mentale et que cela nuit au dépistage et à l'intervention précoce. Si vous voyez un enfant qui manifeste des signes de maladie mentale — vous avez parlé d'agressivité plus grande que la normale — comment amenez-vous les parents à mieux s'occuper de leurs enfants?

J'ai déjà enseigné au primaire. J'ai vu des parents qui pensaient que leur enfant était mignon ou précoce ou — une expression que je détestais — «un vrai p'tit gars». Comment faites-vous pour faire prendre conscience aux parents qu'ils ne savent peut-être pas élever leur enfant?

**Dr Tremblay:** Plusieurs programmes de formation des parents ont été conçus. Nous en avons testé un auprès d'enfants de la maternelle qui manifestaient ces problèmes. Ils venaient de milieux socioéconomiques défavorisés et leurs parents avaient peu d'instruction. Le programme a eu des effets à long terme. Ces enfants sont aujourd'hui au début de la vingtaine et nous avons réussi à réduire de moitié le taux de décrochage et réduit considérablement la délinquance, la toxicomanie et l'alcoolisme. Une des raisons du succès du programme, c'est que nous sommes allés les voir chez eux; nous ne leur avons pas demandé de venir à une clinique ou à l'école.

La majorité des programmes sont organisés de telle sorte que ceux qui en ont le plus besoin y ont le plus difficilement accès. C'est ainsi pour la plupart des services. Il est beaucoup plus facile pour le professionnel de dire «Venez me voir entre 9 heures et 17 heures» que d'aller voir les gens chez eux le samedi ou le dimanche ou en soirée. Il nous faut trouver des professionnels qui accepteront de travailler lorsque les gens seront libres.

Ce n'est pas normal pour le professionnel de demander au malade de s'adapter à son emploi du temps. Par contre, cela peut se faire si l'on investit beaucoup, si on pratique la formule de la main tendue pour offrir le service. Même si certains diront que

the most were most welcoming in their homes. They realize that they have these problems and once they realize that you are helping them, they catch on.

**Senator Cordy:** If a child has a problem at the age of 5, he or she will most definitely have a problem at the age of 15 — compounded many times.

**Dr. Tremblay:** Oh, yes. The studies have shown that. Kindergarten teachers are very good at identifying those who will have big problems in the long run.

However, the resources are not there. The head of the school will direct resources towards children aged 11 and 12 because they have bigger problems. However, the problems are bigger simply because they have not been dealt with earlier.

**Senator Morin:** Also because they are bigger children.

**Senator Cordy:** Dr. Tousignant, I am just looking at the statistics you provided on the high percentage of people who attempt suicide and the number of deaths by suicide. I wonder whether or not this actually registers with the public. I know that the information is out there; we have certainly heard it as a committee and anybody involved with children certainly is aware of it.

Is the public not willing to talk about and accept that the percentage is that high, or is the information just not reaching the public?

**Mr. Tousignant:** It is difficult to say how much the public knows. I think they are increasingly informed, at least in Quebec, where the rates tend to be a bit higher than in the other provinces. Perhaps they are not aware of the figures for suicide attempts because most of the statistics reported in the press are about suicide. There is much less information on suicide attempts. For each suicide, there are 10 suicide attempts hospitalized. There are many more attempts that do not come under professional supervision. The numbers are high.

We also need to increase sensitivity — not only with the public, but also with hospital teams. Not that many years ago, people who were admitted following suicide attempts were sort of stigmatized by health care professionals. Doctors would say, "Well, we have so much work to do, why are you giving us more work?"

What the public does not see is the extent of moral suffering. This is not evident to doctors, let alone the general public. If someone bleeds, he receives care within 10 minutes. If a person is bleeding from the soul, he can spend two days in the hospital. Moral suffering can be as life threatening as bleeding from an accident, but it is always given second priority.

In terms of prevention, we need the general public, because we do not have enough psychiatric and psychological help — particularly with psychiatry. There are very few psychiatrists for

cela ne marchera pas, nous avons constaté que ceux qui ont le plus besoin des services sont aussi des plus accueillants. Ils réalisent qu'ils ont des problèmes et s'ils voient que vous êtes là pour les aider, ils vous ouvrent leur foyer.

**Le sénateur Cordy:** Si un enfant a des difficultés à 5 ans, il est certain qu'il en aura à 15 ans, multipliées plusieurs fois.

**Dr Tremblay:** Oh, oui. Les études l'ont montré. Les éducateurs de la maternelle arrivent très bien à discerner ceux qui auront de gros problèmes plus tard.

Mais les moyens sont inexistants. Le directeur d'école affectera les ressources aux enfants de 11 et 12 ans parce que leurs problèmes sont plus graves. Mais si leurs problèmes sont plus graves, c'est que l'on n'ait pas intervenu plus tôt.

**Le sénateur Morin:** Et aussi parce que ce sont des enfants plus grands.

**Le sénateur Cordy:** Docteur Tousignant, je regarde les statistiques que vous nous avez données sur le pourcentage élevé de gens qui font une tentative de suicide et le nombre de décès par suicide. Je me demande si la population en est consciente. Je sais que l'information existe; on nous l'a dit en comité et tous ceux qui s'occupent d'enfants le savent.

La population refuse-t-elle d'accepter que le pourcentage soit si élevé, d'en discuter, ou est-ce que l'information ne lui parvient pas?

**M. Tousignant:** Il est difficile de dire dans quelle mesure la population est au courant. Les gens sont de plus en plus informés, au Québec en tout cas, où les taux sont un peu plus élevés que dans les autres provinces. Ils ne connaissent peut-être pas le nombre de tentatives de suicide parce que la plupart des chiffres donnés dans les journaux portent sur les suicides. Il y a beaucoup moins d'information sur les tentatives de suicide. Pour chaque suicide, il y a 10 cas d'hospitalisation pour tentative de suicide. Beaucoup d'autres tentatives ne font jamais l'objet d'une attention médicale. Les chiffres sont élevés.

Il faut aussi sensibiliser davantage — pas seulement la population mais aussi les équipes médicales. Il n'y a pas si longtemps, les personnes admises pour tentative de suicide étaient stigmatisées par les professionnels de la santé. Les médecins disaient: Je suis surchargé de travail, pourquoi venez-vous m'en rajouter.

Ce que les gens ne voient pas c'est l'ampleur de la souffrance morale. Ce n'est pas évident pour les médecins et encore moins pour la population en général. Celui qui saigne se fait soigner en dix minutes. Celui dont l'âme saigne peu passer deux jours à l'hôpital. La souffrance morale peut être un danger de mort tout aussi grave que de mourir au bout de son sang, mais ce n'est jamais prioritaire.

Pour faire de la prévention, nous avons besoin du grand public parce que nous n'avons pas suffisamment d'aide psychiatrique et psychologique, surtout psychiatrique. Il y a très peu de



all the people who are suffering from all kinds of mental illnesses. People who can give help are people who are there — the neighbours, the members of family.

People need to recognize the extent of the mental suffering, because those who are suffering tend to hide it out of fear of being stigmatized. They have to learn to show it and so other people can support them. In fact, in Third World countries, there is much more sensitization; much more support is given to people who are suffering from mental illnesses than we find in our Western societies.

I do not know if I answered your question fully or not.

**Senator Cordy:** Yes, you have. Thank you.

[Translation]

**Senator Pépin:** How do you explain the higher rate of suicide among young men, as opposed to young women?

**Mr. Tousignant:** Let us not forget that in males in general, the suicide rate is four times higher than in women. As for suicide attempts, the rate is more or less the same.

It is peculiar. It is also true for homicides. We often forget that suicide is in the homicide category. For all types of violent deaths, such as in reckless driving or in traffic accidents, men are over-represented, at least in western culture, but especially when it comes to suicide.

However, there are variants. In China or India there are as many women as men who commit suicide. We know that half of suicides among women happen in China.

That means that there is a particular problem. I have not looked in depth at the situation in China, but in India when there is a problem in the family, it is the woman who is excluded. She finds herself alone and stigmatized. In western societies, in 90 per cent of cases the man is stigmatized and finds himself alone.

That does not mean that women have no problems, but women have more continuity and anchoring within the family. Since the rate of separation and divorce have gone up in our society, it is men who have found themselves more isolated. It is more difficult for them to find a new anchor, to have access to the children, and so forth. This is one hypothesis that could explain the marked differences between western and eastern societies.

**Mr. Tremblay:** The number of suicide attempts is the same among men and women, but because of the means that men use, they do not fail as often. Women tend to swallow pills whereas men tend to use a firearm.

[English]

**Senator Cook:** The more compelling evidence I hear, the more convinced I am that there is a need for a national action plan for mental illness and wellness. I think that if we could achieve an

psychiatres pour tous ceux qui souffrent de maladies mentales de toutes sortes. Ceux qui peuvent aider sont ceux qui sont là: les voisins, les membres de la famille.

Il faut que les gens reconnaissent l'ampleur de la souffrance mentale, parce que ceux qui souffrent ont tendance à le cacher de peur d'être stigmatisés. Ils doivent apprendre à le montrer pour que les autres puissent les aider. Dans les pays du tiers monde les gens sont beaucoup plus sensibles; on aide beaucoup plus ceux qui souffrent de maladie mentale que ce n'est le cas dans nos sociétés occidentales.

Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question.

**Le sénateur Cordy:** Oui, c'est bien. Je vous remercie.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Comment expliquer le taux de suicide chez les garçons comparativement à celui des jeunes filles?

**M. Tousignant:** Je vous rappelle qu'il y a chez les hommes, en général, quatre fois plus de suicide que chez les femmes. Pour ce qui est des tentatives de suicide, le taux est à peu près égal.

C'est vraiment particulier. C'est vrai pour les homicides aussi. On oublie souvent que le suicide est une catégorie d'homicides. Pour les conduites dangereuses, les accidents de la route, enfin toutes les morts violentes, les hommes sont surreprésentés, du moins dans la culture occidentale, mais plus particulièrement avec en ce qui a trait au suicide.

Il y a quand même des écarts. En Chine ou en Indes, en termes de suicides, on voit un rapport de un/un, une femme pour un homme. Et on sait que la moitié des suicides chez les femmes surviennent en Chine.

Il y a un problème particulier. Je ne l'ai pas observé de façon très approfondie en Chine, mais en Indes, quand il y a un problème familial, c'est la femme qui est exclue du foyer. C'est elle qui se retrouve seule, stigmatisée. Dans la société occidentale, c'est plus souvent l'homme qui est stigmatisé, dans 90 p. 100 des cas. C'est l'homme qui est seul.

Je ne veux pas dire que la situation des femmes est très drôle, mais pour ce qui est des femmes, on voit plus de continuité et un ancrage familial plus grand. Depuis qu'il y a un haut taux de séparations et de divorces dans notre société, c'est l'homme qui est le plus isolé. C'est plus difficile pour lui de se réancrer, d'avoir l'accès aux enfants, et tout le reste. C'est une hypothèse qui pourrait expliquer les différences très fortes entre les sociétés occidentale et orientale.

**M. Tremblay:** Il y a le même nombre de tentatives de suicide chez les hommes que chez les femmes, mais c'est un fait que les hommes utilisent des moyens plus sûrs d'entraîner la mort. Les femmes avalent des médicaments alors que les hommes vont prendre un pistolet.

[Traduction]

**Le sénateur Cook:** Plus j'en apprends, plus je suis convaincue qu'il nous faut un plan d'action national contre la maladie mentale et pour le bien-être. Si l'on pouvait concevoir une

integrated approach to it with good evidence-based information and best practices, we would reach the person that we really care about: the consumer of mental health services. The more I listen, the more I am convinced that would be the best way to go.

I would like to hear your comments on the people of the subculture: people in poverty who have access only to food banks, shelters and a social assistance cheque that is not adequate — and even if it were the ability to spend it is impaired. That fringe relates to your affordable housing. It comes into nutrition and appropriate medication the ability to use it. It also brings in the authorities — the police who pick someone up and the process of automatically being carried into the psychiatric unit. The individual waits with the police officer for two or three hours, and then bang, he or she is put into the psychiatric hospital for 30 days, when perhaps the only offence was that the individual was drunk or had taken an overdose. The police are not trained to recognize symptoms of mental illness; they do not have the processes to deal with it. There is also the whole issue of literacy.

Given all these other stresses, I would like to hear your opinion on a national action plan with an integrated approach. There is a federal government, but the provincial governments deliver the programs or the care, as the case may be. I come from Newfoundland, and we are pretty stretched, you know, for specialized care for people who are consumers of mental health.

I wish I had the time to tell you about the wonderful affordable housing projects that are partnerships between the provincial and federal governments and NGOs, who really give the people that they meet at their doors a good quality of life.

I am concerned when I hear you say that the data are not really available. There are barriers in the system that I think a national action plan could help.

**Dr. Tremblay:** I think the key phrase here is “evidence-based interventions.” It would not be a good idea to have an action plan whereby we continue to pour a lot of money into things that we are not certain are working. There has not been enough learning about what works and what does not work. As lot of money has been invested, but in many cases — and I have experience of this on the prevention side in terms of childhood and adolescence — most of what people are doing is not based on evidence-based information.

Therefore, I would include in an action plan, the requirement to evaluate what people are doing, so that we can learn from experience what is effective. Most of the research in mental health is focused on either learning the mechanisms or on drugs. However, with respect to the interventions that are “psycho-social” — that is, they are not drug based — are not based on evidence.

démarche intégrée fondée sur des faits et sur des pratiques exemplaires, nous pourrions toucher la personne dont on se soucie vraiment: le consommateur de services de santé mentale. Plus j'en apprends, plus je suis convaincue que ce serait la meilleure façon de faire.

J'aimerais que vous nous parliez des gens de la sous-culture: des gens dans la misère qui n'ont accès qu'aux banques d'aliments, qu'aux refuges et qu'à un chèque d'aide sociale insuffisant — et même si ce chèque était suffisant, ils ne pourraient pas vraiment le dépenser comme il faut. Cette population marginalisée a aussi un lien avec le logement abordable. Cela fait intervenir la nutrition, les médicaments puis la possibilité d'y avoir accès. Cela fait aussi intervenir les autorités — la police qui ramasse quelqu'un et l'envoie automatiquement en unité psychiatrique. La personne doit rester deux ou trois heures avec le policier et la voilà enfermée à l'hôpital psychiatrique pendant trente jours alors que son seul crime est d'avoir été ivre ou d'avoir fait une surdose. La police n'est pas formée pour reconnaître les symptômes de la maladie mentale; elle n'a pas les méthodes pour y faire face. Il y a aussi tout le problème de l'analphabétisme.

Vu toutes ces autres difficultés, j'aimerais savoir ce que vous penseriez d'un plan national d'action intégré. Il y a le gouvernement fédéral mais ce sont les gouvernements provinciaux qui assurent les soins ou les programmes. Je viens de Terre-Neuve et je veux que vous sachiez que nous avons bien peu de personnel spécialisé pour les consommateurs de soins de santé mentale.

J'aurais aimé avoir le temps de vous parler des magnifiques projets de logements abordables réalisés en partenariat par les gouvernements fédéral et provincial ainsi que les ONG et qui arrivent à donner une bonne qualité de vie à ceux qui s'adressent à eux.

Cela m'inquiète de vous entendre dire que les données n'existent pas vraiment. Il y a, je crois, dans le système, des obstacles qu'un plan national d'action pourrait contribuer à éliminer.

**Dr Tremblay:** Le mot clé c'est «l'intervention fondée sur l'expérience clinique». Ce ne serait pas une bonne idée d'adopter un plan d'action par lequel nous continuons d'investir des sommes énormes dans des mesures dont les résultats sont incertains. Nous ne savons pas encore suffisamment ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Des sommes énormes ont été investies, mais dans bien des cas — et j'en ai moi-même l'expérience dans le cas de la prévention chez les enfants et les adolescents — la plupart des interventions ne se fondent pas sur des résultats cliniques et scientifiques.

Par conséquent, j'inclurais dans le plan d'action l'exigence d'évaluer les interventions qui sont faites afin que nous puissions en tirer des enseignements sur ce qui est efficace. La majeure partie de la recherche en santé mentale porte soit sur les mécanismes, soit sur les médicaments. Toutefois, les interventions d'ordre «psychosocial», c'est-à-dire celles pour lesquelles il n'y a pas de traitement pharmaceutique, ne se fondent pas sur des résultats cliniques.



We need to put together the resources we are putting into services and, at the same time, conduct evaluation research, so that we will learn what are the best practices and what are the most cost-effective practices.

**Senator Cook:** At the top of my notes here, I wrote “dedicated research” before I wrote the words “national action plan.”

**Dr. Tremblay:** Yes.

**Senator Cook:** It would also have to be broadly based across the spectrum called “curriculum” — a whole learning process right through the entire system. This would include doctors, nurses, social workers, teachers, educators, and so forth.

In my experience as a volunteer, I have noticed that those who work at the NGO — the organizations who see the individual on a regular basis in a shelter or in a social setting, has very little, if any, training. It is basically hands-on.

The same situation exists in affordable housing. We have an affordable housing program that comes out of a three-month life skills’ learning environment. There is a board of consumers who live in the house — it is fairly large with 30 or 40 people. These people are connected to a governance board and it works very well. There is empowerment of these people there. If someone slips in that loop, they go back into the first piece.

I think that NGOs do a lot empowerment with assisting-living practices to help people with mental illnesses. A lot of them have no family. The only family they have, they meet in that place.

Therefore, I am very supportive of a curriculum-based approach with all of this information. We have CIHI, we have SSHRC, and we have many things. WE could probably do things differently and we do not need a lot of money to achieve it.

**The Chairman:** I noticed Professor Dorvil was also shaking his head. I do not know if that meant he agreed or disagreed, but he may want to comment. I know Mr. Latimer wants to comment.

[Translation]

**Mr. Dorvil:** Yes. Just a comment on the sharing of all this data. We have one advantage in that our research team works in both Ontario and Quebec.

Other groups do research throughout the whole country, which is even better. I believe that we now have enough quantitative and qualitative data to develop an action plan. That is my belief.

[English]

**Mr. Latimer:** The question that you raised runs into the whole of issue of federal versus provincial jurisdictions.

Il faut que nous réunissions les ressources investies dans les services et que, parallèlement, nous faisons des évaluations afin de découvrir quelles pratiques sont les plus efficaces et les plus rentables.

**Le sénateur Cook:** Au début de mes notes, j’ai écrit «recherche spécialisée», avant d’écrire «plan d’action national».

**Dr Tremblay:** Oui.

**Le sénateur Cook:** Cela devrait également s’appliquer à tout le programme — un apprentissage complet à la grandeur du système. Cela toucherait les médecins, les infirmiers et infirmières, les travailleurs sociaux, les enseignants, les éducateurs, etc.

D’après mon expérience de bénévole, j’ai remarqué que ceux qui travaillent dans des ONG, des organismes qui rencontrent régulièrement les gens dans des refuges ou dans le cadre de services sociaux, ont très peu de formation, si même ils en ont. Ils apprennent sur le tas.

Il en va de même dans le domaine du logement abordable. Nous avons un programme de logement abordable qui fait suite à un apprentissage de trois mois de l’autonomie fonctionnelle. Un comité de consommateurs vit dans le logement — c’est un groupe assez important qui compte 30 ou 40 personnes. Ces gens sont en relation avec un comité d’administration, et cela fonctionne très bien. Cela permet l’autonomisation de ces gens. Si quelqu’un commet un écart dans le second programme, il retourne au premier.

Les ONG contribuent beaucoup à l’autonomisation des personnes qui souffrent de maladies mentales grâce à leurs programmes d’aide à la vie autonome. Bon nombre des patients n’ont pas de famille. Leur seule famille, ce sont les personnes qu’ils rencontrent dans ces programmes.

Par conséquent, je suis un chaud partisan d’une approche fondée sur un programme à partir de toute cette information. Nous avons l’ICIS, le CRSH, et bien d’autres choses. Nous pouvons peut-être faire les choses un peu différemment sans qu’il soit nécessaire pour cela d’avoir beaucoup d’argent.

**Le président:** J’ai remarqué que M. Dorvil réagissait. Je ne sais pas si cela signifie qu’il est d’accord ou non, mais il souhaite peut-être intervenir. Je sais que M. Latimer veut faire une observation.

[Français]

**M. Dorvil:** Oui. Un commentaire au sujet de la mise en commun de toutes ces données. Nous avons l’avantage d’avoir une équipe de recherche Québec/Ontario. Nous faisons de la recherche dans certaines régions de l’Ontario et du Québec.

D’autres groupes font de la recherche dans l’ensemble du Canada, c’est encore mieux. Je trouve tout de même qu’à l’heure actuelle, nous bénéficions de données autant quantitatives que qualitatives pour nourrir un plan d’action. C’est ce que je crois.

[Traduction]

**M. Latimer:** La question que vous soulevez touche tout le domaine des champs de compétences fédéraux et provinciaux.

**The Chairman:** Yes. This committee has a tendency to simply ignore that distinction and if you read our first report, we had a number of recommendations, by the way, that were strictly in the area of provincial jurisdiction. Interestingly, none of the provincial governments ever criticized us for doing so.

As well, a number of our recommendations such as the Care Guarantee are now part of the government's health platform — which is strictly provincial jurisdiction. It is part of the government's platform in Quebec, it is in the Throne Speech in Ontario, it is coming in Alberta.

Therefore, our tendency is to try to tell it right and not get hung up on jurisdictional questions. I just thought I should give you that as background. I was not being critical.

**Mr. Latimer:** That is very helpful. One area in which it would be helpful to invest more money is in public education. To the extent that mental health is a bit of an orphan child, it is as a result of the stigma and lack of information about what can be and what should be. The pressure to ensure that the money is spent in accordance with these priorities, ultimately comes from the public. Therefore, we need more education at that level. We see a lot of ads against smoking; I do not understand why we could not see more ads educating the public about mental illness. That is one element.

Another element is in terms of describing and making clear what best practices are and facilitating their dissemination. In the United States, the Robert Wood Johnson Foundation has funded the development of modules on evidence-based practices in mental health. There is one on assertive community treatment; there is one on supported employment, and so on.

These modules are designed to facilitate the adoption of these practices by clinicians and by state governments. They are divided into three components. The first component is for environments where the practice is not yet adopted. People are simply considering it. There is a video, there are materials targeted at decision-makers, materials for parents, materials for consumers, and so on. The second component provides information on implementation — how one goes about setting up a program. The materials are targeted at the relevant audiences. Finally, once the program has been established, the third component provides material on how to ensure that the practice remains evidence-based because there is often a drift away from evidence-based standards.

I would think that the federal government could get involved in adapting such materials, making sure they are translated, and perhaps, in funding training programs, so that clinicians become more familiar with these types of practices.

**Le président:** Oui. Notre comité a tendance à ne pas tenir compte de cette distinction. Si vous lisez notre premier rapport, vous y trouverez un certain nombre de recommandations qui, je le signale, visaient strictement les champs de compétences provinciaux. Il est intéressant de noter qu'aucun gouvernement provincial ne nous a critiqués pour cela.

En outre, un certain nombre de nos recommandations, entre autres celles sur les soins garantis, font maintenant partie du programme du gouvernement en matière de santé — même si c'est une question qui relève strictement de la compétence des provinces. Cela fait partie du programme du gouvernement au Québec, on l'a mentionné dans le discours du Trône en Ontario, et cela sera également adopté en Alberta.

Par conséquent, nous avons tendance à dire ce qui devrait être fait sans nous attacher aux questions de compétences. Je tenais simplement à vous le signaler. Mon but n'était pas de vous critiquer.

**M. Latimer:** Merci beaucoup. L'éducation du public est l'un des domaines dans lequel il faudrait investir davantage. Si la santé mentale est considérée un peu comme un parent pauvre, c'est à cause des préjugés et du manque de renseignements sur ce qui peut être fait et ce qui devrait être fait. C'est la population qui en fin de compte peut exercer des pressions pour que l'argent soit dépensé conformément à ces priorités. Par conséquent, il faut mieux informer la population. On fait beaucoup de publicité contre le tabagisme; je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas faire plus de publicité pour renseigner la population au sujet de la santé mentale.

Également, il faudrait décrire et expliquer clairement quelles sont les méthodes exemplaires et faciliter leur diffusion. Aux États-Unis, la Fondation Robert Wood Johnson a financé la mise au point de modules sur les pratiques fondées sur des résultats cliniques en santé mentale. Un de ces modules porte sur l'affirmation de soi dans le cadre du traitement communautaire; il y en a un autre sur le soutien à l'emploi, etc.

Ces modules sont conçus de façon à faciliter l'adoption de ces pratiques par les cliniciens et par les gouvernements des États. Ils sont divisés en trois éléments. Le premier élément vise les milieux où la pratique n'a pas encore été adoptée. Il permet aux gens de l'examiner. Il y a une bande vidéo et des documents à l'intention des décideurs, des documents pour les parents, d'autres pour les consommateurs, et cetera. Le deuxième élément permet de donner de l'information sur l'application — c'est-à-dire qu'il explique comment mettre un programme sur pied. Les documents sont rédigés en fonction de la clientèle pertinente. Enfin, une fois que le programme est mis sur pied, le troisième élément permet de fournir des documents sur la façon de garantir que la pratique continue d'être fondée sur des résultats cliniques car on s'écarte souvent des normes cliniques.

À mon avis, le gouvernement fédéral pourrait adapter ces documents, voir à leur traduction et, peut-être, financer des programmes de formation afin que les cliniciens connaissent mieux ce genre de pratiques.



**Senator Cook:** I just want to say thank you for reinforcing my idea this morning. I speak as a layperson, but I can see that there must be national standards in this country because of the way the governance is set up. Of course, evaluation is part of it. I would never be so bold as to try and write the criteria for a national action plan. Thank you.

**Senator Keon:** Well, following on Senator Cook's hypothesis, I think that either by design or serendipity there will be a national action plan. In fact, our document, when it comes out, will probably be the beginning.

All of you cut across and extremely interesting theme this morning. Dr. Tremblay emphasized that human beings are born non-conformists and they are trained to become conformists. Then Dr. Dorvil talked about the ethics of imposing lodging on the homeless when they do not want lodging, and where you end with their freedom. Dr. Tousignant touched on the terrible problem with the ethics committee that scientists face. I must say the ethics problem is being handled quite well, I think, because there is a lot of good direction out of CIHR and MRC about ethical conduct in research. However, there is virtually no good material on ethical conduct in patient-care management and Mr. Latimer touched on that when he spoke.

So the truly interesting thing that arises here — particularly in mental illness — is how far does society have the right to go in couching and defining the life of an individual? This is a very penetrating ethical dilemma that must be addressed in whole and in parts as the evolution of this whole thing unfolds.

Mr. Dorvil, perhaps you could start. I find the relationship between homeless people and mental illness tremendously interesting. Many homeless people just do not want to be put someplace. They want to stay out on the street. Mercifully, someone usually goes around and picks them up so they do not freeze to death. I would like to hear your thoughts about the ethics of how far you go on the total management of this. Perhaps Mr. Tousignant and Mr. Latimer would also expand on that.

[Translation]

**Mr. Dorvil:** You raised an important point, the respect of human dignity. I worked as a social worker in the east end of Montreal, and I sometimes would tell homeless persons that they were entitled to a government cheque.

They would tell me "I don't want a cheque, I want my freedom. Just give me a couple of quarters." I would then tell them that they were entitled to \$600, but they did not want to take part in government research. They did not want to be in the government files as social welfare recipients. They did not want to be social welfare recipients. It was a question of dignity. They preferred to ask me for fifty cents or a dollar rather than receive the \$600 they were entitled to at that time.

**Le sénateur Cook:** Merci d'avoir renforcé mon idée à ce sujet. Je parle en tant que profane, mais je constate qu'il faut mettre en place au Canada des normes nationales en raison de notre structure de gouvernance. Et l'évaluation en fait bien sûr partie. Je n'oserais jamais rédiger les critères d'un plan d'action national. Merci.

**Le sénateur Keon:** Eh bien, pour revenir à l'hypothèse du sénateur Cook, je crois qu'il y aura un plan d'action national, que ce soit à dessein ou qu'il soit le fruit du hasard. Enfin, le rapport que nous produirons en sera probablement le point de départ.

Vous avez tous abordé un thème extrêmement intéressant. Le Dr Tremblay a insisté sur le fait que les être humains naissent non conformistes et qu'ils sont ensuite formés pour ensuite devenir conformistes. Le Dr Dorvil a ensuite parlé des questions d'éthique relatives au fait d'imposer un logement à des sans-abri lorsque ceux-ci n'en souhaitent pas, et du fait qu'on met ainsi fin à leur liberté. M. Tousignant a parlé du problème terrible que pose le Comité d'éthique pour les scientifiques. Je dois avouer que le problème de l'éthique est très bien traité car les IRSC et le CRM fournissent d'excellentes directives au sujet de la conduite éthique en recherche. Toutefois, il n'existe à peu près aucun document valable quant à la conduite éthique dans la gestion des soins aux patients, et M. Latimer a abordé cette question.

La question la plus intéressante qui se pose, plus particulièrement dans le cas de la maladie mentale, est dans quelle mesure la société a le droit d'intervenir et de définir la vie d'une personne. Voilà un dilemme éthique très pointu qui devra être réglé en tout et en partie au cours de l'évolution de notre dossier.

Monsieur Dorvil, vous pourriez peut-être commencer. Je suis extrêmement intéressé par la relation entre les sans-abri et la santé mentale. Bon nombre de sans-abri ne souhaitent tout simplement pas être placés quelque part. Ils veulent continuer leur itinérance. Heureusement, il y a généralement quelqu'un pour les recueillir afin d'éviter qu'ils meurent de froid. J'aimerais savoir ce que vous pensez au sujet de cette question d'éthique, c'est-à-dire jusqu'où peut-on aller dans la gestion totale de tels cas. M. Tousignant et M. Latimer souhaiteront peut-être également en discuter.

[Français]

**M. Dorvil:** Vous avez soulevé un problème important en ce qui a trait au respect de la dignité humaine. J'ai déjà été travailleur social dans l'est de Montréal et à certaines personnes itinérantes je disais: «Vous avez droit à un chèque du gouvernement.»

Il répondait: «Non, je ne veux pas de chèque. Je veux ma liberté. Donnez-moi 50¢.» Je lui disais: «Mais vous avez droit à 600 \$.» Mais il ne voulait pas collaborer aux recherches du gouvernement. Il ne voulait pas paraître dans le fichier du gouvernement pour qui recevaient de l'Aide sociale. Il ne voulait pas être un assisté social. Il y avait une question de dignité. Il préférerait me demander 50 ¢ ou 1,00 \$ alors qu'il aurait pu avoir, à cette époque, 600 \$.

Afterwards we came to an agreement with the government so that homeless persons who, by definition, do not have an address, could pick up their cheque at a psychiatric clinic, at a mental health clinic, at La Maison du Père, et cetera. But even then some of them did not want it.

How far should we go to preserve the freedom so important to human beings? For example there are psychiatric patients living in transition homes who would like to live independently, but they cannot because they still have behaviours, sometimes violent behaviours, that are not acceptable in society. So we tell them that we will first teach them social skills because to live independently, they must behave normally according to society's standards.

That is what we do at Douglas Hospital. We sometimes have to tell patients that they cannot live independently because they still do not have the skills. By doing so, we are limiting their freedom.

But society has rules that we must abide by. The responsibility lies not only on the individual but also for society. We must therefore try to find the right balance between society's need for order and security, and the respect for human dignity.

The ethics issue is important in all our research and our interventions with psychiatric patients who are vulnerable because they have a diagnosed mental illness, there is no doubt about it.

But at the same time we must respect the patient's freedom. We have to explain to them that they will have to learn the necessary social skills before going to the next step. They must go through the next phase in their recovery before they can live independently as they so dearly wish.

[English]

**Mr. Tousignant:** If you see a traffic accident on the road and someone is bleeding, I think you are obliged by law to come to the help of the individual. However, if the person is depressed and planning to commit suicide, you say well, you should respect their freedom. We have two very different ways of behaving towards people who are in need of medical assistance and those who suffer from mental illness. Very often people shy away because they become aggressive, because they are afraid to be stigmatized and they refuse help. They want to be autonomous.

That is a big challenge. However, a lot of people are in danger of dying if we do not help them. There are a lot of issues involved. Sometimes we have to be a bit more assertive in bringing help or at least offering real help to people you are in need of it. Certainly, there is a lack of assertiveness right now and we need to be much more affirmative in ensuring that assistance is available to people who have a lot of moral suffering. However, because of the culture has evolved, these people try to hide themselves. They live marginal lives, because they know they will be stigmatized if they come to the fore.

Par la suite, on s'est entendu avec le gouvernement pour que les personnes itinérantes qui, par définition, n'ont pas d'adresse, puissent aller chercher leur chèque dans des cliniques de psychiatrie, des cliniques de santé mentale, à la Maison du Père, et cetera. Même là, certains n'en voulaient pas.

Jusqu'où peut-on aller dans la liberté qui est tellement chère à l'être humain? Par exemple, le patient psychiatrique qui est dans la résidence d'accueil veut souvent aller dans une habitation autonome. Mais il n'a pas les moyens. Il n'a pas les moyens puisqu'il démontre encore des caractéristiques — il est peut-être parfois un peu violent — qui ne sont pas acceptables dans la société. On lui dit qu'on va d'abord lui enseigner des habiletés sociales, parce que la société exige qu'il se comporte normalement avant d'aller en habitation autonome.

Dans le cas de l'Hôpital Douglas, c'est cela. Nous sommes obligés de dire à certains patients qu'ils ne peuvent pas aller en habitation autonome parce qu'ils ne sont pas encore qualifiés. Nous portons atteinte à leur liberté.

La société aussi a des règles que nous ne pouvons pas outrepasser. Il n'y a pas seulement un poids sur l'individu, mais sur la société aussi. Il faut donc retrouver un certain équilibre qui respecte les désirs de la société, la sécurité de la société, tout en sauvegardant également cette dignité humaine.

Le problème d'éthique imprègne la recherche et les interventions auprès des patients psychiatriques qui sont fragilisés par des troubles mentaux diagnostiqués. Cela est certain.

En même temps, il faut respecter la liberté du patient. Il faut lui expliquer qu'il faudra attendre qu'il ait fini d'apprendre ses habiletés sociales avant de passer à un autre stade. Il faut qu'il passe à une autre phase de son rétablissement avant d'aller vivre dans l'habitation autonome qu'il convoite.

[Traduction]

**M. Tousignant:** Si vous êtes témoin d'un accident de la route dans lequel une personne est blessée et saigne, la loi vous oblige à lui venir en aide. Cependant, si la personne est déprimée et veut se suicider, vous vous sentez en droit de respecter sa liberté. On se comporte différemment envers une personne selon qu'elle a besoin de soins médicaux ou qu'elle souffre d'une maladie mentale. Les gens ont souvent une attitude de retrait parce qu'ils sont agressifs, parce qu'ils ont peur d'être stigmatisés et ils refusent leur aide. Ils veulent rester autonomes.

C'est un défi considérable. Cependant, certaines personnes sont en danger de mort si on ne les aide pas. Le problème est très complexe. Parfois, il faut faire preuve d'un peu plus d'autorité pour aider ceux qui en ont besoin, ou du moins pour leur proposer une aide véritable. Il faut agir plus énergiquement pour que cette aide soit disponible à ceux qui souffrent moralement. Mais comme la culture a évolué, ils essaient de cacher leur souffrance. Ils vivent en marginaux, parce qu'ils savent qu'ils seront stigmatisés s'ils révèlent leur situation au grand jour.



It is a big problem and there are no easy solutions. However, we should not justify leaving these people on the street with the argument of individual freedom. There should be creative ways of bringing solutions to their daily problems.

**Mr. Latimer:** I would like to add to what I said earlier in response to Senator Cook's question. Having identified evidence-based programs such as the Assertive Community Treatment program that is fairly widespread in Ontario as a result of the Ontario government's initiative, I do see why the federal government could not say "We would like to see practices X, Y, and Z developed and we are going to fund the development of these specific programs."

In respect of the question raised by Senator Keon related to bringing people into treatment, I have a story that will illustrate the principles beautifully. I heard the following story from a psychiatrist. A female patient was pregnant and had a delusion that led her to not want to eat. This was, of course, threatening her baby. The clinical staff had a debate among themselves as to whether to force-feed her. This psychiatrist was brought in on the case and he had a different idea. He pretended that he was talking to the baby. He constructed a tube and put it to the mother's abdomen, started talking to the baby and pretended that he heard the baby responding to him and saying that it was hungry. It needed food. In this way, he was able to help the woman disassociate her own desire to avoid eating from the baby's need. She started eating and the baby was delivered successfully.

This is a beautiful story that illustrates how, in clinical situations, greater clinical skills, greater creativity and imagination can often lead to better solutions. In my view, we need to think about increasing the quality of training of clinical personnel.

[Translation]

**Senator Pépin:** Who decides when a patient can live in a special-needs apartment, a transition home, or independently? Is it the doctor? I assume it is the doctor who decides when the patient is ready to go on to the next step. What criteria does the physician use to decide if the patient is ready to go from a transition home to special-needs housing or to an apartment? Do you follow up on the patient?

Also, I would like to know if the community living approach that was put in place in the 70s for people with a mental illness is a success.

Mr. Latimer, I presume that Douglas Hospital still cares for people with severe mental illnesses. You talk about getting these persons back in the workplace, and I agree. But if they are severely ill, at what stage will they be able to go back to work? How do you go about it? At what stage is that possible?

C'est un problème considérable, qu'on ne peut pas résoudre par magie. Cependant, on ne peut pas laisser ces malheureux dans la rue sous prétexte de liberté individuelle. Il faut faire preuve de créativité pour apporter des solutions à leurs problèmes quotidiens.

**M. Latimer:** J'aimerais préciser ce que j'ai dit tout à l'heure en réponse à une question du sénateur Cook. J'ai parlé des programmes fondés sur des preuves, comme la programme Assertive Community Treatment, qui est assez largement répandu en Ontario grâce à l'initiative du gouvernement ontarien, et je ne vois ce qui empêcherait le gouvernement fédéral de dire: «Nous aimerions que les pratiques X, Y et Z soient généralisées et nous allons financer leur développement».

Le sénateur Keon a parlé de la difficulté de soumettre ces personnes à un traitement. J'ai une anecdote qui illustre bien ce principe. Je la tiens d'un psychiatre. Il s'agit d'une patiente enceinte qui, à cause de son délire, ne voulait plus manger. C'était évidemment une menace pour son bébé. Le personnel clinique a envisagé de l'alimenter de force. Le psychiatre en question a été consulté sur ce cas, et il a proposé une idée différente. Il a fait croire à la patiente qu'il parlait au bébé. Il a fabriqué un tube qu'il a placé sur l'abdomen de la mère et il a commencé à parler au bébé, prétendant que celui-ci lui répondait pour dire qu'il avait faim. De cette façon, il a aidé la patiente à dissocier sa propre volonté d'éviter la nourriture et les besoins du bébé. Elle a commencé à s'alimenter et le bébé a pu naître normalement.

C'est une belle histoire qui montre bien que dans une situation clinique, les connaissances cliniques, la créativité et l'imagination débouchent souvent sur de meilleures solutions. À mon avis, il faudrait améliorer la qualité de la formation du personnel clinique.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Lorsqu'il est question de logements adaptés, de centre d'accueil ou d'appartement, j'aimerais savoir qui décide? Est-ce que c'est le médecin? Je présume que ce doit être le médecin qui décide si un malade est prêt à passer d'une étape à une autre. Quels sont les critères sur lesquels le médecin se base pour décider si le patient est prêt à passer d'un logement à un centre d'accueil ou bien à un appartement? Quel suivi offre-t-on à ces personnes?

Également, en ce qui a trait à l'approche communautaire qui est favorisée maintenant pour la charge des personnes atteintes de maladie mentale depuis les années 1970, est-ce un succès?

Puis, monsieur Latimer, je présume que l'Hôpital Douglas s'occupe encore des personnes qui sont atteintes de maladies mentales sévères. Lorsque vous parlez de remettre ces gens sur le marché du travail, je suis d'accord. Mais si ce sont des malades atteints sévèrement, à quelle étape de leur maladie pourraient-ils retourner sur le marché du travail? Comment cela se ferait-il? Et à quelle étape cela se ferait-il?

**Mr. Dorvil:** Psychiatric patients who live, say, in a transition home or in an apartment under supervision still show certain forms of behaviour that are not acceptable in society.

Those who want to live independently must learn how to cook. They must learn how to shop for groceries. There are psychological re-education workers who help them acquire those skills.

Sometimes, they exhibit unpleasant behaviour traits. The action plan given to the person in charge of the group home would then specify that those traits would have to disappear within, let's say, 18 months, or 3 years, and so on.

Psychiatrists usually work as part of a therapy team. Within that team, there will be a social worker or a nurse in charge of the patient, and the psychiatrist can check with him or her to see how far the patient has progressed in acquiring social skills.

If the response is that the patient is ready, that progress is well underway, although it may not be complete, the patient can then go on to the next step. The individual is then allowed to leave the home in order to live in a supervised apartment, or even in what we call an independent living unit.

All of this is done progressively, until such time as the person is ready to move into an independent living unit. The situation is then discussed with the group in charge of independent living units so that the patient can go to the next step. Generally speaking, as far as the psychiatric hospital is concerned, everything goes quite smoothly.

As for deinstitutionalization, I would say that any group holding some kind of power in our society will not readily relinquish it to another. People working in hospitals, hospital managers, psychiatrists, social workers, they all tend to stick together. It is perfectly normal that they have a lot of control over psychiatric institutions, as well as a large say in deinstitutionalization. Let's not kid ourselves.

I do not see why power would have changed hands since, for the time being, as you know, there are no miracle treatments for psychiatric illnesses. Despite all the work that is being done by psychiatrists and psychiatric nurses, we have not yet managed to eradicate those illnesses.

We can eliminate the most acute symptoms, but some patients are not able to communicate, they do not have the required skills. At the same time as we were making almost miraculous progress in the area of medication, we should have been investing in treatments designed to improve the communication and social skills of patients.

However, that is now a matter of history, and history cannot be rewritten. Despite all the budgetary constraints our governments have had to deal with, despite society's reluctance to have psychiatric patients integrated not only into their family,

**M. Dorvil:** Les patients psychiatriques qui sont, par exemple, dans des résidences d'accueil ou des appartements supervisés ont un certain nombre de caractéristiques qui ne sont pas acceptables dans la vie sociale.

Si une personne veut aller en habitation autonome, il faut qu'elle apprenne cuisiner. Il faut qu'elle apprenne à faire son épicerie. Ce sont les psycho-éducateurs qui les aident à faire ces apprentissages.

Il se peut qu'ils démontrent des traits comportementaux désagréables. Dans le plan d'intervention, on indique au responsable du foyer de groupe que ces traits doivent disparaître, disons, après dix-huit mois ou après trois ans, et ainsi de suite.

Le psychiatre, en général, fonctionne en équipe thérapeutique. Dans son équipe thérapeutique, il peut demander à tel travailleur social ou à telle infirmière qui est responsable de tel patient à quel stade il est rendu dans son apprentissage des normes de la société.

Quand l'intervenant dit au psychiatre que le patient est prêt, que ce n'est pas tout à fait final, mais qu'il est sur la bonne voie, le patient peut passer à une autre étape. À ce moment, on autorise que la personne laisse la résidence d'accueil, aille en appartement supervisé et ou même dans ce qu'on appelle les habitations autonomes.

Cela se fait progressivement jusqu'à ce qu'on en arrive aux habitations autonomes. Là, il faut discuter avec le groupe qui s'occupe des habitations autonomes pour que le patient puisse passer à une autre étape. En général, dans les étapes qui relèvent de l'hôpital psychiatrique, cela se passe très bien.

Pour ce qui est de la désinstitutionnalisation, je dirais qu'il n'y a aucun groupe dans la société qui détient un pouvoir et qui accepte de le donner à un autre groupe. Le monde hospitalier, le monde des gestionnaires d'hôpitaux, des psychiatres, des travailleurs sociaux, c'est un monde qui se tient ensemble. Il est tout à fait normal qu'ils aient la main haute sur les institutions psychiatriques, et sur la désinstitutionnalisation aussi. Qu'on ne se fasse pas d'illusions.

Je ne vois pas pourquoi le pouvoir aurait changé de main puisque, en psychiatrie, jusqu'à présent, vous savez très bien qu'on n'a pas eu de traitements miracles. Les psychiatres et les infirmières travaillent beaucoup, mais en réalité, on n'est pas arrivé encore à faire disparaître les maladies.

On fait disparaître les symptômes aigus, mais certains patients ne peuvent pas communiquer, ils n'ont pas les habilités requises. En même temps que les médicaments faisaient presque des miracles, il aurait fallu investir pour améliorer la communication et les habilités sociales des patients.

C'est l'histoire, et on ne peut pas la réécrire. Malgré toutes les contraintes budgétaires que nos gouvernements ont subies, malgré la réticence de la société à accueillir le patient psychiatrique non seulement dans la famille, mais dans le quartier, dans les centres



but in their community, in shopping centres, and everywhere else, I feel that the trend has been quite positive. People have finally understood that they need to show empathy and lend a helping hand.

People in charge of group homes are doing more than what they are required to do. I know some women who are in charge of homes who have set up baseball teams and soccer teams for their patients, when they did not know the first thing about baseball or soccer.

The first attempts at deinstitutionalization were disastrous. Indeed, Dr. Murphy, a psychiatrist at the Douglas Hospital, had this to say: "We have taken patients out of the hospital setting, but we haven't given them much. There has been no follow-up by professionals."

Follow-up by professionals has now been added to the system, because Dr. Murphy condemned the fact that patients were living in a vegetative state. What had those patients gained? Where they had been rocking themselves back and forth in the psychiatric hospitals, they were now rocking themselves in homes.

What was the point of having taken them out of the hospital setting when the result was the same? Society reacted by improving the system. And we are continuing to improve it. My colleague, Dr. Latimer, talked about psychiatric patients being reintegrated through work. There are indeed a lot of psychiatric patients who are working. They are working in the computer industry, on farms, in factories. And they are contributing to what we call the gross domestic product.

As far as housing goes, a number of psychiatric patients now sit on the boards of subsidized housing developments run by NPOs, whereas in the past, they would have been put away in an asylum. Now, they can look after their own homes, they can sit on the board, they can vote, and so on.

This, to me, is a sign that we have made some progress in our society. People with mental disorders also have qualities. If you look at what has happened over the last 45 years, the situation for psychiatric patients has significantly improved, with progress being made at the institutional level, in psychiatric medicine, and at the community group level.

Both groups would have to agree to work together. Each group has a tendency to want to protect its turf, but I am nevertheless very optimistic.

[English]

**Mr. Latimer:** In response to your question regarding the overall assessment and whether the transfer into the community has been good for the patients, I would say yes, over all. However, we need to provide more supports in the community.

Putting on my economist's hat, I would like to present an efficiency argument for delivering services more in the community. I am thinking of a particular kind of the model of

d'achats, et tout le reste, je crois que le mouvement a été pourtant très positif. En fin de compte, les gens ont appris à avoir de l'empathie, à donner un coup de main.

Les responsables des résidences d'accueil en font plus que ce que nous leur demandons. Je connais des femmes qui sont responsables de résidences d'accueil, qui ont monté des équipes de baseball et des équipes de soccer pour les patients alors qu'elles ne connaissaient rien du baseball ou du soccer.

Les premiers pas de la désinstitutionnalisation ont été catastrophiques. D'ailleurs, le Dr Murphy, un psychiatre de l'Hôpital Douglas, disait: «On a sorti les patients, mais on ne leur a pas donné beaucoup de choses. Il n'y a pas de suivi professionnel.»

Le suivi professionnel s'est ensuite ajouté parce que le Dr Murphy a critiqué le système en disant que le patient menait une vie végétative. Qu'est-ce que le patient a acquis? Il se berçait dans les hôpitaux psychiatriques, il se berce dans les résidences d'accueil.

Si la même chose se produit, pourquoi les avoir fait sortir? La société a réagi en améliorant le système. Et on continue de l'améliorer. Mon collègue M. Latimer a parlé de la réinsertion du patient psychiatrique par le travail. Il y a quand même beaucoup de patients psychiatriques qui travaillent. Ils travaillent en informatique, dans des fermes, dans des usines. Et, ils contribuent à ce qu'on appelle le produit intérieur brut.

Au niveau du logement, plusieurs patients psychiatriques sont membres du conseil d'administration de logements subventionnés qui relèvent de l'OSBL alors qu'autrefois, ils étaient mis en quarantaine dans un asile. À l'heure actuelle, ils peuvent être responsables de la propreté de leur logement, ils peuvent être membres du conseil d'administration, ils peuvent voter, et ainsi de suite.

Je trouve que c'est quand même un acquis de la société. Les gens qui ont des troubles mentaux ont aussi des qualités. Si on regarde les 45 dernières années, je crois que la situation du patient psychiatrique s'est très largement améliorée avec l'apport aussi bien du niveau institutionnel, de la médicopsychiatrie et des groupes communautaires.

Il faudrait que les deux groupes acceptent de travailler ensemble. Il y a parfois des réflexes de cartel qui animent aussi bien un groupe que l'autre, mais je suis quand même très optimiste.

[Traduction]

**M. Latimer:** En réponse à votre question concernant l'évaluation globale de la situation et les résultats de la désinstitutionnalisation, je pense qu'ils sont globalement positifs. Cependant, il faut accorder davantage de soutien aux patients dans la communauté.

Du point de vue de l'économiste, on peut prétendre qu'il est plus efficace d'assurer la prestation de services en milieu communautaire. Je pense en particulier à un type de traitement

assertive community treatment, which involves a multidisciplinary team that supports people with severe mental illness in the community.

Let us compare what happens when a patient is hospitalized versus what happens when they receive community support services. From an economic perspective, we can see that when one is hospitalized, a whole set of resources is automatically deployed hour after hour and day after day to provide support no matter how the patient's state is evolving. Often times, we observe that people remain in the hospital longer than necessary because there is no place for them to stay outside of the hospital. Therefore, we are wasting a lot of resources.

If, instead, you had a multidisciplinary team that meets every day to review the list of clients and set up a plan for each individual, the resources that are deployed for each client can be adjusted in a more flexible manner — in a real-time sort of way and practically on a daily basis. Therefore, you are doing a much better job of putting resources where they are needed, when they are needed. Such a method is far more cost effective.

Having said that, we are absolutely not doing enough in terms of providing access to evidence-based rehabilitation services for people with severe mental illnesses. Which brings me to the latter part of your question about supported employment and integration into the work force.

There has been a long-standing perception among clinicians that many people with severe mental illness cannot work and that if you push them toward work, you are likely going to precipitate psychotic episodes. They will need to be re-hospitalized and so on, because it is just going to be too stressful and they cannot take it.

Experience shows that the situation is rather more complex than that. People who have been involved in setting up supported employment programs in the United States report that clinicians cannot tell ahead of time whether a particular individual is going to turn out to become a good worker or not. There are individuals who look initially like they are never going to be able to hold even a part time job successfully and whom, with proper support, turn out to be able to do it and to enjoy it.

I am currently conducting a study at the Douglas Hospital that excludes people who have anything less than schizophrenia, bipolar disorder with psychotic episodes, or depression so severe that they are classified as kind of disabled and get kind of the maximum welfare cheque. We only work with those people. Many of them do find work successfully.

Finally, there is the whole issue of how these people are socialized and that is, in many ways, the big battle. There is the traditional approach in which these people are viewed as patients and they are socialized to be patients. They are encouraged to spend time together and to live in their own little world apart from the rest of society.

The movement right now is towards empowerment, towards recovery. Those are some of the key buzzwords that you have undoubtedly heard. Part of empowerment means socializing

communautaire actif qui fait appel à une équipe multidisciplinaire pour venir en aide à des personnes non institutionnalisées qui souffrent de maladie mentale grave.

Comparons ce qui se passe lorsqu'un patient est hospitalisé par rapport à la situation où il bénéficie de services de soutien dans la communauté. D'un point de vue économique, on voit que lorsqu'il est hospitalisé, tout un ensemble de ressources sont déployées automatiquement jour après jour pour lui assurer un soutien, quelle que soit l'évolution de son état. Souvent, on constate que des patients restent à l'hôpital plus longtemps que nécessaire parce qu'ils n'ont nulle part où aller. C'est donc un gaspillage de ressources.

En revanche, si on disposait d'une équipe multidisciplinaire qui puisse rencontrer chaque jour toute une liste de patients et que l'on établissait un plan pour chacun d'entre eux, les ressources consacrées à chaque patient pourraient être rajustées de façon plus souple, en temps réel et dans une perspective pratique quotidienne. On pourrait donc consacrer plus efficacement les ressources en fonction des besoins et au moment opportun. C'est une méthode beaucoup plus rentable.

Cela étant dit, les personnes souffrant de maladies mentales graves n'ont pas suffisamment accès à des services de réadaptation axés sur l'expérience clinique. C'est ce qui m'amène à la deuxième partie de votre question concernant l'emploi assisté et l'intégration dans le monde du travail.

Les médecins considèrent depuis longtemps que les personnes souffrant de maladie mentale grave ne peuvent pas travailler et que si on les incite à travailler, on risque de provoquer chez elles des épisodes psychotiques. Il va falloir les réhospitaliser, car elles sont incapables de supporter ce genre de stress.

L'expérience montre que la réalité est un peu plus complexe. Ceux qui ont organisé des programmes d'emploi assisté aux États-Unis signalent que les médecins ne peuvent pas dire à l'avance si un patient pourra ou non s'adapter au travail. Certains d'entre eux donnent au départ l'impression qu'ils ne réussiront jamais à conserver un emploi même à temps partiel, et grâce à un soutien approprié, ils se révèlent capables non seulement de le conserver, mais de l'apprécier.

Je réalise actuellement à l'Hôpital Douglas une étude dont sont exclus tous ceux qui ne souffrent pas au moins de schizophrénie, de maniaco-dépression avec épisodes psychotiques ou d'une dépression assimilée à une invalidité et donnant droit au maximum du bien-être social. Nous ne travaillons qu'avec des patients de ce niveau-là. Plusieurs d'entre eux réussissent à trouver du travail.

Enfin, il y a toute la question de la socialisation de ces malades, qui constitue à bien des égards un défi considérable. Dans la conception traditionnelle, ces personnes sont considérées comme des patients et sont socialisées en tant que tels. On les incite à rester ensemble, à vivre dans leur petit monde, à l'écart du reste de la société.

Actuellement, la tendance va plutôt dans le sens de l'émancipation et du rétablissement. Ce sont là des mots à la mode que vous avez certainement entendus. L'émancipation



people away from the patient role into a citizen role. Experience has shown that if you can help these people and gradually bring them to a point where they are functioning at work and meeting demands that are appropriate to their capabilities, and if they have to push themselves to meet the demands and not too many allowances are made for their illness, they end up the better for it. They are more satisfied because they view themselves as citizens, and that is what we are aiming for.

**The Chairman:** I thank all of you for coming. I know we have indulged your time well beyond what we said we would, but we found your comments really helpful.

The committee adjourned.

---

MONTREAL, Tuesday, May 6, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:36 p.m. this day, in the Monet room at the Crowne Plaza Montreal Centre, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

**Senator Michael Kirby (Chairman)** in the Chair.

[English]

**The Chairman:** We will try to make up time, although as you will discover, my colleagues ask a number of very good questions, so I will ask you to be really brief in your opening comments. I think you will find that you will be able to elaborate in your responses to the questions, because previously, the question period went on for a considerable time.

Senators, we have a panel of six people. I will introduce you to them as they make their opening statements. What we found works best is for each of them to make an opening statement and then we will ask questions of the panel, rather than directing questions to one of them specifically.

Our first presenter will be Dr. Mimi Israël, Head of the Department of Psychiatry and also Associate Professor, McGill University. Thank you for coming.

**Dr. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry; Associate Professor, McGill University:** I would like to discuss the challenges involved in organizing a mental health care delivery system based on the principle of continuity of care, or a circular flow model, in contrast to our current system, which corresponds more closely to the silo model.

The current system of mental health care delivery is poorly organized, inconsistent and inefficient. The result is decreased accessibility to appropriate care, with the expected potentially preventable consequences, such as, in the worst-case scenario,

signifie une socialisation qui éloigne le malade de son rôle de patient pour le rapprocher de son rôle de citoyen. L'expérience nous enseigne que si on parvient à aider le malade pour l'amener progressivement à fonctionner au travail et à répondre à des sollicitations conformes à ses aptitudes, s'il doit se forcer à répondre aux sollicitations sans qu'on tienne particulièrement compte de sa maladie, il ne s'en portera que mieux. Il sera plus heureux parce qu'il se considérera comme un citoyen, et c'est précisément ce que nous visons.

**Le président:** Merci à vous tous de vous être joints à nous. Je sais que nous vous avons retenus bien au-delà de l'heure convenue, mais vos commentaires nous ont été très utiles.

La séance est levée.

---

MONTRÉAL, le mardi 6 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 36 pour étudier les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby (président)** occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président:** Nous allons essayer de reprendre le temps perdu, bien que comme vous ne tarderez pas à le constater, mes collègues posent d'excellentes questions. C'est pourquoi je demanderai de faire preuve de beaucoup de concision dans vos exposés. Vous aurez l'occasion de donner plus de précisions en répondant aux questions, car lors de la réunion précédente, la période des questions a été très prolongée.

Chers collègues, nous recevons six témoins. Je vous les présenterai au fur et à mesure qu'ils feront leurs déclarations préliminaires. Nous invitons tous les témoins à présenter leur exposé, puis nous adressons nos questions à l'ensemble des témoins plutôt qu'à l'un ou l'autre en particulier.

Nous entendrons tout d'abord la Dre Mimi Israël, chef du Département de psychiatrie et professeure agrégée à l'Université McGill. Madame, je vous remercie d'être venue.

**La docteure Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie, professeure agrégée, l'Université McGill:** J'aimerais décrire les défis que pose l'organisation d'un système de prestation des soins de santé mentale fondé sur le principe de la continuité des soins, ou si l'on veut un modèle de flux circulaire, par opposition à notre système actuel qui correspond davantage à une approche compartimentée.

À l'heure actuelle, le système de prestation des soins de santé mentale est mal organisé, disparate et inefficace. Cela entrave l'accessibilité aux soins appropriés, ce qui a son tour entraîne des conséquences qu'on pourrait prévenir, par exemple, en mettant les

suicide, or, more commonly, chronicity, loss of productivity, alcohol and drug abuse, familial distress and marital breakup.

Although we strive to give the appropriate care at the right time by the right people, and in the right amount, we witness three alternative scenarios occurring at an alarming frequency; no care, poor care, and too much care.

The existing model is sustained by a lack of continuity between primary and specialized services. Currently, the proportion of care that is assumed by primary care services varies dramatically and is not based on systematized, coherent principles or assumptions. In the mental health field, basic definitions as to what constitutes first-line or primary care and what is meant by specialized care have not been established. Definitions such as "non-complex," "uncomplicated" or "typical" are not particularly useful, nor is the definition of primary care as care delivered by a general practitioner.

In reality, the boundaries between what is done in each sector of care is not so much determined by the nature of the presenting problem as it is by varying levels of comfort and willingness to diagnose and treat mental illness in the primary care sector.

Lack of training and expertise, anxiety on the part of professionals who have not specialized in mental health, stigmatization, stereotyping and unacceptable prejudice against those who suffer from mental illness also contribute to the inconsistent response received by those who present asking for help with emotional distress. The result is ultra-rapid referral to psychiatry, thereby taxing scarce resources and decreasing accessibility to all; over-, under-, or mistreatment; and the shift of care to alternative resources such as therapists, healers and naturopaths, where there is no control over the quality or the pertinence of the treatments offered.

Mental health professionals also contribute to the rift between first-line and specialized care. For instance, psychiatrists, in contrast to other medical specialists, assume much more responsibility for front-line work. As a group, we tend to be protective of those who suffer from the full range of mental health problems. We often choose to treat them ourselves rather than throw them out into the hostile world to face stigma and rejection.

A potential solution would be to create a circular flow model for mental health care delivery, a system whereby primary and specialized services would collaborate to provide a continuum of care and where the flow of information and expertise between sectors would be optimized. Although there are probably many

choses au pire, des suicides. Dans d'autres cas, plus nombreux, cette situation entraîne des pertes de productivité, des maladies chroniques, l'abus d'alcool et la consommation de drogues, de la détresse familiale et des ruptures conjugales.

Même si nous tâchons de faire en sorte que les soins appropriés soient donnés au bon moment, par les bonnes personnes et dans la quantité appropriée, nous constatons que dans un nombre alarmant de cas, les patients ne reçoivent pas de soins, ils reçoivent des soins médiocres ou ils en reçoivent trop.

Le système actuel se caractérise par un manque de continuité entre les soins primaires et les soins spécialisés. La proportion des soins assurés par les services de soins primaires varie considérablement et ne repose sur aucun principe ou hypothèse systématique ou cohérente. Dans le domaine de la santé mentale, on n'a pas encore établi de définitions fondamentales de ce qui constitue les soins primaires ou de première ligne et les soins spécialisés. Mes définitions des expressions «non complexe»; «sans complication»; ou «typique» ne sont guère utiles; pas plus du reste que de définir les soins primaires comme les soins dispensés par un omnipraticien.

En fait, les frontières entre les soins relevant de chaque secteur sont déterminées non pas par la nature du problème du patient mais plutôt par la capacité et la volonté des intervenants en soins primaires de diagnostiquer et de traiter la maladie mentale en question.

Le traitement disparate accordé aux personnes qui consultent pour des raisons de détresse émotionnelle s'explique également par le manque de formation et d'expertise et par l'anxiété des professionnels qui ne sont pas spécialisés en santé mentale, par la stigmatisation, le stéréotype et les préjugés inacceptables dont sont victimes les personnes atteintes de maladie mentale. Ces personnes sont immédiatement adressées à un psychiatre, dont la charge de travail est déjà lourde, ce qui diminue d'autant l'accès à leurs services pour d'autres patients. Dans bien des cas, les patients sont «sous-traités», «surtraités» ou «mal traités». Dans d'autres, les patients se tournent vers d'autres ressources comme des thérapeutes, des guérisseurs et naturopathes, dont la qualité ou la pertinence des soins n'est pas contrôlée.

Les professionnels de la santé mentale contribuent eux aussi à ce clivage entre les soins de première ligne et les soins spécialisés. Ainsi, les psychiatres assument une plus grande part de responsabilité pour les interventions de première ligne que les autres médecins spécialistes. Dans l'ensemble, nous avons tendance à adopter un comportement protecteur à l'égard des personnes prises avec n'importe quel problème de santé mentale. Nous préférons souvent les traiter nous-mêmes plutôt que de les confier à quelqu'un d'autre, sachant qu'ils risquent d'être stigmatisés et rejetés dans un monde qui leur est hostile.

Pour remédier au problème, on pourrait instaurer un modèle de flux circulaire dans le domaine des soins de santé mentale; dans un tel système, les intervenants des soins primaires et des soins spécialisés collaboreraient afin d'assurer la continuité des services, ce qui optimiserait la circulation de l'information et des



ways in which such a system could be established, I would like to support the notion of developing centres of excellence for the study and treatment of mental health problems.

The mental health institutes that would be created would be responsible for delivering specialized and ultra-specialized mental health care to an assigned proportion of the population and would assume a leadership position in organizing a network of primary care, community-based and housing services to serve that population's mental health needs.

Mental health institutes would also assume the responsibility for ensuring that best-practice care is being delivered throughout its network, through the development of new knowledge and research and the transfer of new knowledge through teaching and training.

Furthermore, mental health institutes would be mandated to develop empirically tested models of shared care, thus promoting collaboration between families, physicians and psychiatrists, and raising the level of expertise of the front line.

Models that involve the systematic integration of mental health care workers into primary care services would also have to be explored. In addition, strategies to motivate front-line professionals, so that they become invested collaborators, would have to be developed. The desired outcome would be a front line equipped to address or treat the majority of mental health problems within a system that favours seamless transitions between primary and specialized care.

Finally, the centralization of service organization and delivery through mental health institutes would facilitate the transfer of knowledge and expertise beyond regional boundaries and the long-term planning of mental health services at a higher level.

**Dr. James Farquhar, Psychiatrist, Douglas Hospital:** I have prepared a written presentation entitled, "Mental Health Services Delivery: What Can We Learn from the United States?" It might be of interest. I will just go through it quickly.

In the United States, mental health services to mentally ill persons, which are provided free by the state, are better organized, more efficiently run and more open to financial scrutiny than in Canada. Mostly, this reflects the fact that the Americans are 10 years ahead of us in deinstitutionalization.

**The Chairman:** Since we will read the text in some detail later, you may want to just hit the highlights.

**Dr. Farquhar:** I would like to point out that in Quebec, the government has reduced mental health funding by 13 per cent over the 7 years from 1994 to 2001. Yet almost nobody knows this and it may come as a surprise to most people around the table. I imagine that similar erosions have happened in the other provinces. We are talking about being \$130 million in the hole

connaissances entre les secteurs. On pourrait sans doute instaurer un tel système de bien des façons, mais je préconise quant à moi l'établissement de centres d'excellence voués à l'étude et au traitement des troubles mentaux.

Ces instituts de santé mentale seraient chargés d'offrir des soins de santé mentale spécialisés et ultra-spécialisés à une population délimitée. Ils devraient également organiser un réseau de soins primaires, de services communautaires et de services de logement qui répondrait aux besoins de cette population au chapitre de la santé mentale.

Les instituts de santé mentale auraient également pour mandat de veiller à ce que les meilleures pratiques thérapeutiques soient appliquées dans tout le réseau, grâce à la réalisation de recherches et à l'acquisition de nouvelles connaissances, et au transfert de ces nouvelles connaissances par l'enseignement et la formation.

De plus, les instituts de santé mentale seraient chargés de mettre au point des formules de soins partagés éprouvées par des méthodes empiriques, ce qui favoriserait la collaboration entre les familles, les médecins et les psychiatres, et rehausserait les connaissances des intervenants de première ligne.

On devrait également explorer des formules fondées sur l'intégration systématique des professionnels de la santé mentale dans le secteur des soins primaires. Il faudrait aussi tracer des stratégies de motivation des professionnels de première ligne, pour les amener à collaborer activement. Idéalement, les intervenants de première ligne seraient ainsi en mesure de prendre en charge ou de traiter la plupart des problèmes de santé mentale dans un système qui favoriserait la transition sans heurts des patients entre deux secteurs, c'est-à-dire les soins primaires et les soins spécialisés.

Enfin, cette centralisation de l'organisation et de la prestation des services par les instituts de santé mentale faciliterait le transfert des connaissances entre les différentes régions ainsi que la planification à long terme des services de santé mentale, à un niveau plus élevé.

**Le docteur James Farquhar, psychiatre, Hôpital Douglas:** Je vous ai remis un texte sur la prestation de services de santé mentale et ce que nous pouvons apprendre de l'expérience américaine. Je vais le passer en revue brièvement avec vous.

Aux États-Unis, les services de santé mentale sont offerts gratuitement, c'est-à-dire payés par l'État, et ils sont mieux organisés, mieux gérés et plus transparents, sur le plan financier, qu'au Canada. Cela s'explique essentiellement par le fait que les Américains ont dix ans d'avance sur nous au chapitre de la déinstitutionnalisation.

**Le président:** Comme nous pourrions lire votre document par nous-mêmes, nous vous prions d'en signaler uniquement les faits saillants.

**Dr Farquhar:** Au Québec, le gouvernement a réduit de 13 p. 100 le budget des soins de santé en 7 ans, c'est-à-dire de 1994 à 2001. Cela étonnera peut-être la plupart des membres du comité, car à peu près personne n'est au courant. J'imagine que la même chose s'est passée dans les autres provinces. Par rapport au budget dont nous disposons il y a neuf ans, cela représente un

compared to nine years ago — at least that, and perhaps more. Within general hospitals — I am talking about funding for mental health services — there is a micro funding problem. Those hospitals in Quebec have a \$700 million deficit right now and it is common to see budget managers pick away at money for psychiatric nurses and other staff, saying, “You have fewer psychiatry beds now because of deinstitutionalization, so you need fewer staff.” That is crazy, because all the research shows that you need about the same number of staff just to keep the patients out of hospital.

In the United States, they handle budgets differently. All states have a mental health commissioner, a top civil servant in charge of all mental health services and of the funding. Also, every state has a mental health budget that is discussed every year in the state legislature and published in the media, so everybody knows what it is year by year, which is very different from here, where you almost have to use an access-to-information process to find out.

I would like to recommend that the federal government promote these concepts by asking the provinces to make their mental health budgets public each year as a condition of the annual transfers for health services. Also, the federal government might go so far as to insist that provinces have a mental health commissioner in order to receive those billions of dollars.

Ottawa might set aside money for training, because manpower training is your jurisdiction. Mental health commissioners might spend a year getting a diploma and on-the-job training in the United States, initially, and later on, in provinces that are excellent in that domain.

I want to talk about the structure of mental health services and go over some headlines about what the United States has that we do not. The biggest thing is case management. We do have some case management, but there are many hospitals that do not, even in large cities, and it is a big problem. It means that the doctor has to be a case manager and handle every little thing, which creates the illusion that we need many psychiatrists, who are highly paid compared to case managers, about three or four times as much.

Among other American concepts that it would be important for Canada to adopt — to some extent, we already have — are Assertive Community Treatment, also called “ACT” or “PACT,” and intensive case management, which is sometimes called “PACT lite.” I know other speakers have talked about PACT today, or will. You can use Assertive Community Treatment to help mentally retarded people with mental illness, mentally ill persons with drug and alcohol problems, and homeless persons with severe mental illness.

déficit d'environ 130 millions de dollars, et peut-être plus. Dans les hôpitaux généraux, les services de santé mentale voient leur budget gruger de plus en plus. Au Québec, les hôpitaux généraux ont un déficit cumulatif de 700 millions de dollars et les gestionnaires succombent souvent à la tentation de puiser dans les sommes prévues pour la rémunération d'infirmières psychiatriques d'autres intervenants. Ils se justifient en déclarant que, comme la désinstitutionnalisation a réduit le nombre de lits en psychiatrie, les besoins en personnel psychiatrie ont également diminué. Cet argument est parfaitement absurde, car toutes les recherches ont montré qu'il faut à peu près autant d'employés pour suivre les patients qui ne sont plus hospitalisés.

Aux États-Unis, les budgets sont gérés autrement. Chaque État a un commissaire responsable du budget et de tous les services en santé mentale. De plus, chaque État a un budget pour la santé mentale qui est débattu chaque année dans l'assemblée législative de l'État. Les débats sont publiés dans les médias, si bien que tout le monde connaît le montant de ce budget chaque année. C'est tout à fait différent de la situation que nous connaissons ici, où il faut presque recourir à la Loi sur l'accès à l'information pour connaître le montant du budget.

J'estime que le gouvernement fédéral devrait promouvoir ces façons de faire en exigeant des provinces qu'elles rendent publics chaque année leurs budgets consacrés à la santé mentale pour pouvoir recevoir les transferts annuels pour les services de santé. Le gouvernement fédéral pourrait même exiger que les provinces se dotent d'un commissaire à la santé mentale pour pouvoir recevoir ces milliards de dollars.

Ottawa pourrait réserver de l'argent pour la formation, étant donné que la formation de la main-d'oeuvre relève du fédéral. Ainsi, le commissaire à la santé mentale pourrait étudier pendant un an pour obtenir son diplôme et suivre une formation en cours d'emploi d'abord aux États-Unis et, par la suite, dans les provinces qui font de l'excellent travail dans ce domaine.

J'aborderai la structure des services de santé mentale et aborderai dans les grandes lignes ce qui se fait aux États-Unis mais pas chez nous. Il s'agit, d'abord et avant tout, de la gestion des cas. Nous en faisons, mais beaucoup d'hôpitaux n'en font pas du tout, même dans les grandes villes. C'est un énorme problème, parce que le médecin doit alors s'occuper de tous les petits détails du cas, ce qui crée la fausse impression que nous avons besoin de beaucoup de psychiatres, dont les services coûtent très cher. En effet, la rémunération d'un psychiatre équivaut à trois ou quatre fois celle d'un gestionnaire de cas.

Nous savons que le Canada importe une autre formule américaine — et il l'a déjà fait dans une certaine mesure —, celle du suivi intensif dans la communauté, en anglais, «Assertive Community Treatment». Je sais que d'autres témoins ont déjà parlé ou parleront aujourd'hui de ce type de programme. La formule du suivi intensif dans la communauté peut aider différents types de personnes atteintes de maladie mentale: les personnes ayant une déficience intellectuelle, celles qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie et les sans-abri souffrant de maladie mentale grave.



Another concept is "Outpatient Commitment," something that people perhaps do not like to talk about, but it has been the subject of some debate in Ontario in the last few years. How do you get people who are mentally ill to take their medication if they do not want to? One way is by court order. The American experience indicates that you need Assertive Community Treatment teams to make these court orders work.

I am not talking about psychiatrists, but rather all the people who have to be on the teams with psychiatrists. The United States realizes that there are not enough nurses, just as in Canada, and it is unlikely that there will be enough for quite a few years. Therefore, they hire a lot of young people to work as case managers who have just a bachelor's degree in psychology or something like that, but no professional diploma. These people receive about 50 hours of courses on the nuts and bolts of mental illness, medications, alcohol and drug abuse, and so on, and have to pass written exams, so there is a quality assurance component in their training. That is something that we might adopt here.

There are some American concepts concerning better group homes — meaning more staff — that we might do well to adopt. I have submitted a paper I wrote eight years ago on that subject.

In closing, the federal government could assist mental health reform by doing these things, by creating a good Web site about these new, better practices and by financing the development of the 50-hour mental health course that I mentioned, through the use of educational videos or Web sites across Canada. This would provide quality assurance for the knowledge base of new mental health workers, with or without professional diplomas. This job is too big for just one province and I do not think it has been done in the U.S.

Ottawa could develop a model law for civil Outpatient Commitment, to be shared with provincial legislatures, which has been done in the U.S.

Finally, when Ottawa gives money to the provinces for homeless people, you might ask them to target homeless people who are mentally ill and, especially, to increase mental health support staff at the Salvation Army residences and the missions. We would achieve so much good for our money.

**The Chairman:** Thank you for your specific recommendations, and we will come back to those. Thank you also for the detailed list of references that you gave on best practices in mental health service delivery. The committee will be looking at those.

Our third speaker is Dr. Pierre Lalonde, the Director of the Clinic for Young Adults at Louis LaFontaine Hospital.

Une autre formule, qu'on pourrait appeler l'internement des patients externes, est l'objet d'un débat en Ontario depuis quelques années, même si beaucoup de gens n'aiment pas en parler. Comment peut-on administrer des médicaments aux personnes atteintes de maladie mentale qui refusent de les prendre? Entre autres, en demandant une ordonnance judiciaire. L'expérience américaine révèle qu'il faut former des équipes de suivi intensif dans la communauté pour pouvoir exécuter de telles ordonnances.

Je ne parle pas des psychiatres, mais plutôt de tous les intervenants qui doivent faire partie de l'équipe dirigée par un psychiatre. Les autorités américaines savent qu'il n'y a pas assez d'infirmières, tout comme au Canada, et que l'on peut s'attendre à ce que la pénurie persiste pendant plusieurs années. C'est pourquoi elles recrutent des gestionnaires de cas parmi les jeunes qui viennent d'obtenir leur diplôme en psychologie ou dans un domaine analogue mais qui n'ont pas de diplôme de compétence professionnelle. On offre aux nouvelles recrues 50 heures de cours de base sur la maladie mentale, les médicaments, l'alcoolisme et les toxicomanies, et ainsi de suite. Après cette formation, elles doivent réussir aux examens écrits, ce qui garantit la qualité de leur formation. Voilà une formule que nous pourrions adopter.

Par ailleurs, nous ferions bien d'adopter également certaines améliorations apportées aux foyers de groupe aux États-Unis, notamment l'augmentation du personnel d'encadrement. Je vous ai remis un article que j'ai écrit sur ce sujet il y a huit ans.

Enfin, le gouvernement fédéral pourrait faciliter la réforme des services de santé mentale en adoptant ces méthodes, en concevant un bon site Internet présentant de l'information sur ces pratiques nouvelles et meilleures et en finançant l'élaboration du cours de 50 heures sur la santé mentale que j'ai mentionné, au moyen de vidéos éducatives ou de sites Internet partout au Canada. Cela permettrait d'assurer la qualité des connaissances des nouveaux intervenants en santé mentale, titulaires ou non d'un diplôme de compétence professionnelle. La tâche est trop considérable pour une province et je ne pense pas que cela ait été fait aux États-Unis.

Ottawa pourrait mettre au point une loi type permettant l'internement de patients externes, puis la communiquer aux assemblées législatives des provinces, comme on l'a fait aux États-Unis.

Enfin, quand le gouvernement donne l'argent aux provinces pour les sans-abri, il devrait leur demander de s'occuper tout particulièrement des sans-abri qui souffrent de maladies mentales, notamment en augmentant le nombre d'intervenants en santé mentale dans les centres d'accueil de l'Armée du Salut et les refuges pour itinérants. Notre argent ferait ainsi beaucoup plus de bien.

**Le président:** Merci pour vos recommandations très précises; nous y reviendrons. Je vous remercie également de nous avoir fourni une liste détaillée des références sur les meilleures pratiques dans la prestation des services de santé mentale. Le comité en prendra connaissance.

J'invite à présent notre troisième témoin, le Dr Pierre Lalonde, directeur de la clinique des jeunes adultes à l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine.

## [Translation]

**Doctor Pierre Lalonde, Director, Clinique Jeunes Adultes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine:** Thank you for inviting me. We have handed out two documents. The first is called Boundaries of the 1st, 2nd and 3rd Lines of Mental Health Services, which I recently wrote with Dr. Alain Lesage; the second is not quite as recent and it deals with the role of psychiatrists in the rehabilitation of schizophrenics. I will comment on them briefly and refer to them.

I think that schizophrenia is a very complex area to be involved in. For a long time I thought that psychiatrists should deal with that area. I still believe that should be the case. We will never be able to meet the demand. If I take as our starting point schizophrenia, a severe mental illness, three lines of service need to be established, as Dr. Israël was saying, to work with these patients and to deal with many other problems.

The first topic I wanted to raise was, in fact, these Boundaries of the 1st, 2nd and 3rd Lines and how we can intervene at several levels. In your document you have, among other things, a chart that shows — and I think this is a first in the literature — the various factors in the 1st, 2nd and 3rd lines of intervention.

Problems dealing with daily life can be dealt with in the 1st and 2nd lines; the 3rd line is used only when it becomes quite complex or when research is required. The third line is truly focused on research, and the other lines contribute to the 3rd line.

The level of service also changes: the higher the specialty, the broader the area. Interveners on the 1st line are general practitioners. One of the problems in Montreal is the number of general practitioners who want to do psychiatry. In some areas of Quebec, there are fewer psychiatrists and more general practitioners. A balance is necessary and psychiatrists are learning to be consultants.

The areas of care vary, and within a community, one is dealing with the 1st line. You can see different examples of care in the chart. At the 3rd line you have research, and the development of new techniques which eventually are transmitted to the 1st lines.

A few years ago, at the Clinique Jeunes Adultes, we worked extensively on a care model: social skills training that would enable schizophrenics to take the bus, to manage their budgets, and to withdraw money from the bank. It may come as a surprise to you, but these patients do not know how to do these things.

We developed training programs for these skills. These programs have been used throughout Quebec. Psychiatrists are not necessarily required to eliminate these problems, but psychiatric teams have to be established in order to develop these programs.

I would like to mention a research project at Louis-H. that we are working on with my colleague, Emmanuel Stip, that deals with types of accommodation. We are calling it the smart apartment. I will explain it to you in a few words.

## [Français]

**Le docteur Pierre Lalonde, directeur de la Clinique jeunes adultes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine:** Merci de l'invitation. On vous distribue deux textes: le premier porte sur les Contours des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes que j'ai fait récemment avec le docteur Alain Lesage; le deuxième est un peu plus ancien et il porte sur «Le rôle du psychiatre dans la réadaptation de la schizophrénie.» Je voudrais les commenter brièvement en y référant.

En fait, je pense que la schizophrénie est un domaine très complexe d'intervention. J'ai longtemps pensé qu'il revenait aux psychiatres de s'en occuper. Je pense que c'est toujours exact. On ne pourra jamais satisfaire à la demande. Si je pars de cette maladie mentale sévère, la schizophrénie, il faut établir trois lignes de soins, comme en parlait le Dr Israël, pour intervenir avec ces patients et faire face à bien d'autres problèmes.

Un des premiers aspects que je voulais mentionner est justement ces Contours des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes et comment faire pour qu'il y ait plusieurs intervenants à plusieurs niveaux. Vous avez, entre autres, un tableau qui mentionne — je pense que c'est un peu une première dans la littérature — différents éléments d'intervention en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes.

Pour les types de problèmes de la vie courante, ils pourraient être abordés en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes; on en arrive à la 3<sup>e</sup> ligne que lorsque cela devient très complexe ou pour l'aspect de recherche. La 3<sup>e</sup> ligne est vraiment orientée vers la recherche, les autres lignes permettant surtout d'y contribuer.

Le niveau de desserte change aussi: plus on devient spécialisé, plus le territoire est vaste. Les intervenants dans les 1<sup>res</sup> lignes sont les omnipraticiens. Un des problèmes à Montréal est le nombre d'omnipraticiens qui voudraient faire de la psychiatrie. Dans certaines régions du Québec, il y a moins de psychiatres et plus d'omnipraticiens. Une balance est nécessaire et les psychiatres apprennent à être consultants.

Les lieux de soins varient, dans la communauté, évidemment, nous sommes en 1<sup>re</sup> ligne. Les exemples de soins varient également dans ce tableau. Vous avez à la 3<sup>e</sup> ligne l'aspect recherche, le développement de techniques nouvelles qui doivent être ensuite transmis vers les 1<sup>res</sup> lignes.

Il y a quelques années, à la Clinique Jeunes Adultes, on a beaucoup développé un modèle de soins: l'entraînement d'habiletés sociales qui consiste pour un schizophrène à être capable de prendre l'autobus, de gérer son budget et d'aller à la banque retirer des fonds. C'est surprenant mais ces patients ne savent pas comment le faire.

On a développé des programmes d'entraînement de ces aspects. Ces programmes sont repris un peu partout au Québec. Ils ne demandent pas forcément des psychiatres pour éliminer ces problèmes, mais il faut créer des équipes psychiatriques qui les développent au départ.

Je voudrais vous mentionner brièvement un projet de recherche qu'on a à Louis-H., avec mon collègue Emmanuel Stip, sur les types d'hébergement. On l'appelle l'appartement intelligent. Je vous explique en deux phrases.



For people with physical impairments, customized apartments have been developed, that include, for example, sloped sidewalks and wider doorframes so that they can enter. When people suffering from psychiatric problems leave the hospital, they are often told to go to a particular place and to adapt. The fact that these people have severe cognitive problems that prevent them from taking responsibility for their own care, because of the symptoms, is not taken into account.

A smart apartment takes into account the cognitive deficits of these people and finds remedies to them. For example, the stove may turn off automatically after two minutes, thus avoiding the risk of a fire.

Emmanuel Stip applied for a grant from the CFI, the Canada Foundation for Innovation, to work on this project. This is the first time in the world that accommodations specifically designed for these patients are being looked at.

Teaching also falls under the 3rd line, and this involves providing information. The 2nd line can also be used for teaching. One thing that has to be learned is how to share.

I think that the 1st line can teach us something about how to intervene and information can be shared in this way.

Research, as I already pointed out, is a necessary part of the 3rd line, that the other lines can also participate in.

I would also like to briefly speak about the document about the role of psychiatrists in the rehabilitation of schizophrenics. This is, in fact, a very complex illness. The psychiatrist or the psychiatric team has to intervene in several ways, including assessment.

The symptoms are very hard to assess, not only the positive symptoms, such as hallucinations and delirium, but also the negative symptoms, such as apathy, and lack of conversation.

At times these people appear to be lazy, when they are actually experiencing "hypofrontality" symptoms, because their frontal lobes are not functioning adequately. There is this whole area of evaluating needs, how to function on a daily basis, how to adapt solutions and these must be identified by psychiatric teams who are familiar with the brains of these types of patients, rather than simply relying on good will.

Dr. Farquhar spoke of this; there are many people full of good will who would like to take responsibility for this, but there is a certain amount of information that must be acquired before one can intervene in the cases of complex illnesses.

**Mr. Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living, Hôpital Louis-H. Lafontaine:** I will try to summarize 30 years of experience in rehabilitation in five minutes. I will talk about it quite briefly by giving you an overview of some issues.

Pour les malades physiques, on a développé des appartements adaptés, c'est-à-dire des trottoirs inclinés, des portes un peu plus larges pour qu'ils puissent entrer. Très souvent pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, à leur sortie de l'hôpital, on leur dit: on vous place à tel endroit et adaptez-vous. On ne tient pas compte que ces gens ont des problèmes cognitifs sévères qui font qu'ils ne sont pas capables de suivre leurs soins, à cause de ces symptômes.

L'appartement intelligent consisterait à évaluer les déficits cognitifs de ces gens et à pouvoir trouver des palliatifs. Par exemple, le poêle s'éteint tout seul au bout de deux minutes plutôt que de risquer de provoquer un incendie.

Donc Emmanuel Stip a fait une demande de subvention au FCI, Fonds canadien en innovation, sur cet aspect. C'est une première mondiale de pouvoir évaluer des types d'hébergements spécifiques pour ces patients.

L'enseignement relève beaucoup de la 3<sup>e</sup> ligne, donc toute cette diffusion d'informations. Mais la 2<sup>e</sup> ligne pourrait aussi promouvoir l'enseignement. Il y a un aspect qu'il faut apprendre à faire, c'est le partage.

Je pense que la 1<sup>re</sup> ligne a des choses à nous enseigner dans ses méthodes d'intervention et que nous pouvons les partager de cette façon.

La recherche, je l'ai déjà dit, est surtout une nécessité pour la 3<sup>e</sup> ligne, à laquelle les autres lignes peuvent participer.

Je touche très brièvement l'autre texte que je voulais vous mentionner «Le rôle du psychiatre dans la réadaptation de la schizophrénie.» C'est effectivement une maladie très complexe. Le psychiatre ou les équipes psychiatriques doivent intervenir sur plusieurs aspects dont celui de l'évaluation.

Ce sont quand même des symptomatologies difficiles à évaluer, non seulement pour les symptômes positifs, hallucinations et délire, mais aussi pour les symptômes négatifs, l'apathie, le manque de conversation.

Parfois on peut dire que les gens sont paresseux, alors que ce sont des symptômes «d'hypofrontalité», leurs lobes frontaux ne fonctionnent pas suffisamment. Il y a tout cet aspect d'évaluation des besoins, fonctionnement dans la vie quotidienne et les réponses qui doivent être adaptées et qui doivent être spécifiées par des équipes psychiatriques qui connaissent le fonctionnement du cerveau de ces patients, pour ne pas qu'on se base juste sur la bonne volonté.

Le Dr Farquhar en parlait; il y a des gens qui sont pleins de bonne volonté et qui veulent prendre en charge le dossier, mais il y a un niveau d'information qu'il est nécessaire d'acquérir quand on veut intervenir dans des maladies complexes.

**M. Jean-Jacques Leclerc, directeur des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine:** Je vais vous traduire en cinq minutes à peu près trente ans d'expérience en réadaptation. Je vais effleurer très brièvement le sujet en faisant un survol de quelques points.

The mandate of short-term or psychiatric hospitals is to treat people suffering from a mental illness in order to stabilize them and then reintegrate them to the greatest extent possible in their environments or in transitional accommodations, with the support that they need.

Research shows that one out of five people will suffer from a mental illness over their lifetime. Seven to eight per cent will use various services and currently 12 per cent do not get the help that they have a right to; 2.4 per cent will experience a serious mental illness.

And yet, in 2003, people are afraid of these illnesses and a good part of the population is very reluctant to have people with these mental illnesses in their area. For example, last fall, in 2002, when an accommodation facility for 17 people was opened in the usual fashion in a Montreal neighbourhood, more than 1,100 petitioners expressed their disagreement.

The grounds these people used were aggressiveness toward children, and toward seniors. They said that they would need the police near the schools because the children would be passing by the facility. They claimed that these were people who assaulted seniors, who had problems with addiction and alcoholism and would insult passersby.

Last, a very important point for that community was that the buildings around the centre would go down in value.

This is unacceptable in the year 2003. Educating the public, our municipal, provincial, and federal representatives, will be a major challenge.

I hope that educating young people, in schools, about mental illnesses and their effects will lead to a decrease in prejudices towards mental illness.

This afternoon I would suggest five points to reflect on, regarding the integration of people with mental illnesses: housing, accommodation resources, work, research, and families and relatives.

The lack of housing in big cities makes seniors, couples with children, people on social assistance, and especially people suffering from mental illnesses an easy target for denying access to housing.

Because there is a lack of investment on the part of the private sector in affordable housing, and because of its low profitability, these people tend to end up in mediocre, and at times unsavoury housing. The development of social housing needs to be supported. This housing has to be accessible to people suffering from mental illnesses and support has to be provided by people living in the community, for those who have been integrated into social housing.

Le mandat confié aux centres hospitaliers de courte durée ou à vocation psychiatrique est de traiter des personnes souffrant de maladie mentale, en vue de les stabiliser et par la suite, de les réintégrer le plus possible dans leur milieu naturel ou dans une ressource d'hébergement transitoire, en leur offrant l'appui dont elles ont besoin.

La recherche démontre qu'une personne sur cinq souffrira dans sa vie de maladie mentale. Sept à huit pour cent consulteront différents services et près de 12 p. 100 présentement ne vont pas chercher l'aide qu'ils sont en droit de recevoir; et 2,4 p. 100 souffriront de maladie mentale grave.

Et pourtant, en 2003, ces maladies font peur et un bon nombre de la population est très réfractaire à la présence de personnes atteintes de maladie mentale dans leur environnement. Et à titre d'exemple, l'automne dernier, en 2002, lors de l'ouverture d'un centre d'hébergement qui se faisait tout à fait normalement dans un quartier de Montréal, pour 17 personnes, plus de 1 100 pétitionnaires nous signifiaient leur mécontentement.

Les différents motifs invoqués par ces personnes sont l'agressivité envers les enfants, envers les personnes âgées. Elles requièrent la police près de l'école parce que les enfants vont passer devant le centre d'hébergement. Elles prétendent que ce sont des personnes qui agressent les personnes âgées, qui ont des problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme et qui vont injurier les passants.

En dernier lieu, un élément fort important pour la communauté est le suivant: les bâtiments qui environnent ces centres perdent de la valeur.

C'est inacceptable en 2003. Et pourtant la sensibilisation de la population, de nos élus municipaux, provinciaux et fédéraux sera un défi de taille pour intervenir.

L'enseignement aussi auprès des jeunes, dans les écoles, sur les maladies mentales et ses effets, je l'espère, entraînera une diminution des préjugés par rapport à la maladie mentale.

Je vous propose cet après-midi cinq thèmes de réflexion, concernant l'intégration des personnes souffrant de maladie mentale: le logement, les ressources d'hébergement, le travail, la recherche et les familles et ses proches.

La rareté du logement dans les grands centres urbains, autant pour les personnes âgées, pour les couples avec enfants, pour les personnes bénéficiant d'aide sociale et surtout pour les personnes souffrant de maladie mentale en fait une cible de choix pour leur refuser l'accès à du logement.

Le peu d'investissement dans la construction par l'entreprise privée et la faible rentabilité favorise l'accessibilité à des logements de qualité médiocre, pour ne pas dire douteuse pour ces personnes. Il serait souhaitable de favoriser, entre autres, le développement de logements sociaux. Leur accessibilité aux personnes souffrant de maladie mentale, à mon avis, est requise ainsi que le soutien par des personnes oeuvrant dans le milieu communautaire, auprès des gens intégrés dans ces logements sociaux.



We need financial incentives so that private companies build affordable housing, we need more partnerships with municipalities who are responsible for social housing, we need cooperative housing and financial support for the purchase of bungalows for two or three people suffering from mental illness, who can be the owners. This will require a change in social assistance programs.

There is a lack of housing, of accessible apartments, but there are bungalows. However, these people do not have access to programs that allow them to become owners.

It is absolutely necessary that anyone suffering from a mental illness who cannot be reintegrated into housing have access to good accommodations that is adapted to various needs, and that is being supported by the private sector and public and not-for-profit organizations.

This type of cooperation is essential and it must be done in a spirit of partnership and in the interest of the mentally ill. These three networks must provide all people with access to services that meet their needs to the greatest extent possible, that provide a physical environment and customized support adapted to their needs.

These needs are different. There has been a tendency to provide standard accommodation and to have people adapt to that accommodation, and this is inappropriate. We need buildings for people in groups, families, or on their own, but we also need buildings that are adapted to different categories of people, such as young psychiatric patients like children and teenagers. The type of accommodation required for young adults, adults and seniors suffering from mental illnesses are all different.

We are also dealing with different categories of problems: psychiatry/intellectual disability, psychiatry/addictions, psychiatry/behavioural disorders and psychiatry/legal issues. All of these categories require different programs.

Investing in human resources, in support, in quality control as well as in buildings, is imperative.

For many people, work is an important factor in their social worth. Very little is being done for those who have a job and who are experiencing problems due to their mental illness and who need, among other things, long-term sick leave.

We need to invest in employers, unions and insurance companies so that a joint effort can be made to help support these people and help them keep their jobs so that they are not laid off, as often happens, and so they do not end up in various government or social programs.

Nous avons besoins d'un incitatif financier auprès d'entreprises privées pour construire des logements à prix abordable, d'un développement accru de partenariat avec le milieu municipal qui est responsable de l'accès au logement social, de création de coopératives de logements avec appui financier pour l'achat de bungalows occupés par deux ou trois personnes souffrant de maladie mentale, à titre de propriétaires. Ceci nécessitera un ajustement des programmes d'aide sociale.

On a une pénurie de logements, de blocs-appartements accessibles, mais des bungalows, il y en a. Par contre, les gens ont peu accès aux programmes pour devenir propriétaires.

Il est impératif que toute personne souffrant de maladie mentale ne pouvant réintégrer un logement puisse avoir accès à un réseau d'hébergement de qualité, adapté aux différentes problématiques, avec la contribution des structures privées, organismes sans but lucratif et publics.

Cette concertation est essentielle et elle doit se faire dans un esprit de partenariat et dans l'intérêt de nos malades. Ces trois réseaux doivent permettre à toute personne d'avoir accès aux services qui correspondent le plus à ses besoins, offrant un aménagement physique et un appui individualisé en fonction de leurs particularités.

Il existe différentes particularités, justement. On a eu tendance à ouvrir le réseau d'hébergement de façon standard et à demander à l'ensemble de la population de s'adapter à ces ressources d'hébergement, ce qui est tout à fait inapproprié. Il est recommandé d'avoir des structures pour certaines personnes, qu'elles soient de groupe, familiales ou individuelles, mais aussi adaptées aux différentes catégories de personnes, aux jeunes enfants du côté de la pédopsychiatrie et aux adolescents. Le type de structures d'hébergement est tout à fait différent pour les jeunes adultes, les adultes ou les personnes âgées souffrant de maladie mentale.

Mais on vit aussi un contexte où on travaille avec la double problématique: psychiatrie/déficience intellectuelle, psychiatrie/toxicomanies, psychiatrie/troubles de comportement et psychiatrie/justice. Chacun de ces types de ressources requiert une programmation adaptée.

L'investissement dans les ressources humaines, dans l'appui et dans le contrôle de la qualité des services ainsi que dans les structures de bâtiments est plus que requis.

Pour bien des gens, le travail est un élément important de valorisation sociale. Peu d'interventions sont faites auprès de ceux qui ont un emploi et qui vivent des difficultés importantes du côté de la maladie mentale qui nécessite, entre autres, des congés de maladie à long terme.

Il serait requis d'investir auprès des employeurs, des syndicats et des compagnies d'assurance, afin qu'un effort conjoint soit mis en place pour aider, soutenir les personnes dans le maintien de leur emploi afin d'éviter un licenciement, comme il se produit très souvent, et qui a comme conséquence de les maintenir par la suite dans différents types de programmes gouvernementaux ou sociaux.

This costs millions of dollars in lack of productivity, in the impact on relatives and on the health system. Supporting these people in their workplace is an excellent investment in the future.

Without work, many people are living under the poverty line and they cannot obtain decent housing, decent clothing, enough food, or entertainment or education.

Some make up for this through theft or prostitution — that is the reality today — or in some cases they take a more positive approach, such as mutual assistance or partnerships. We need to support and develop programs that encourage these people to take responsibility for themselves, to help them become independent; we need to stop keeping them under the State's control.

It is important to encourage people to return to work, while being aware of the pressure these people will face when they are required to work at a fast pace and to be productive. It is also important to ensure that mental health does not become grounds for not hiring someone; however, this is what happens.

We need to look to the future. We need to focus on investing in research and in various types of medical, pharmaceutical, epidemiological, and social action.

Greater sharing of our findings, whether they be Canadian or international, will increase our chances of helping many Canadians. Each of us is responsible.

Furthermore, we must offer support to families who are dealing with people suffering from mental illnesses on a daily basis. Often, people who are alone or older end up giving up and abandoning people who are ill over time.

We need to provide access to respite services and special caregivers to help provide a better balance for these families.

My conclusion is this: Myth or reality? I believe in the potential of every human being who, with greater access to rehabilitation, may one day have a better quality of life.

[English]

**The Chairman:** Just to finish your story, what happened when 11,000 people demonstrated against the apartment; did you open the apartment or not?

[Translation]

**Mr. Leclerc:** Yes, we have in fact opened the accommodation facility. It took a sustained effort with the police, with community organizations, at the political level and with the City of Montreal, and with many community organizations, and the facility is opened. It is working at full capacity. Yes, it is working very well.

Pourtant, il en coûte des millions de dollars en non-productivité, en impact sur les proches et dans le réseau du système de santé. Le support dans le milieu de travail sera pour le futur un excellent investissement.

Toutefois en l'absence de travail, plusieurs personnes se retrouvent sous le seuil de la pauvreté et elles ne peuvent s'octroyer un logement décent, se vêtir adéquatement, manger à leur faim, se divertir et s'instruire.

Certains vont compenser par le vol ou par la prostitution — c'est la réalité d'aujourd'hui — ou dans certains cas, par une approche plus positive, une approche d'entraide, de partenariat. Il faut soutenir ou développer des programmes favorisant la reprise du pouvoir de ces personnes, pour faciliter leur autonomie et cesser de les maintenir sous le contrôle de l'État.

Il est important de favoriser le retour au travail, tout en étant conscient de la pression que ces personnes auront à rencontrer pour faire face au rythme effréné et à la rentabilité réclamée. Nous devons également nous assurer que le fait d'avoir eu des problèmes de santé mentale ne soit pas un motif d'exclusion à l'embauche; pourtant, c'est la réalité.

Désormais, il faut regarder vers l'avenir. Nous devons mettre l'accent dans l'investissement de la recherche et dans les différents actes médicaux, pharmaceutiques, épidémiologiques, sociaux, et cetera.

Un plus grand partage de nos découvertes, tant canadiennes qu'internationales, augmentera nos chances d'améliorer le sort de nombreux Canadiens. Chacun de nous est imputable.

De plus, il faudra offrir un soutien aux familles qui vivent au quotidien avec des personnes souffrant de maladie mentale. Souvent les personnes qui sont seules ou vieillissantes, avec le temps, abdiquent et abandonnent les personnes qui sont malades.

Nous devons faire en sorte de donner accès à des services de répit et de gardiennage spécialisé pour favoriser un meilleur équilibre auprès des familles.

Et je conclus: Mythe ou réalité? Je crois au potentiel de chaque être humain, qui, avec une plus grande ouverture à la réadaptation et à la réhabilitation, pourra un jour avoir droit à une meilleure qualité de vie.

[Traduction]

**Le président:** J'aimerais connaître la fin de l'histoire. Qu'est-il arrivé après que ces 11 000 personnes eurent manifesté contre cette utilisation de l'appartement? Avez-vous ouvert l'appartement?

[Français]

**M. Leclerc:** Oui, on a effectivement ouvert la ressource d'hébergement. Cela a pris un effort concerté auprès de la police, auprès des organismes communautaires, auprès du palier politique et auprès de la Ville de Montréal et auprès d'un ensemble d'organismes communautaires, la ressource est ouverte. Elle fonctionne à pleine capacité. Oui, elle fonctionne très bien.



**Dr. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Université de Montréal:** I am involved in two main areas in my professional life. One area that requires more time than the other, is my work in legal psychiatry at the Institut Pinel, but that is not the area I want to talk to you about today. I understand that many of you will be visiting Pinel tomorrow. You will learn about all the wonderful things that are happening in that hospital.

I am going to speak about the second area of my work. I am the director of the training program for psychiatry residents. Psychiatry residents are doctors who are doing five years of training to become psychiatrists.

You may already know that there are 16 faculties of medicine in Canada, and therefore 16 people who, like myself, are in charge of training psychiatry residents. The biggest faculty of medicine, and in fact the biggest psychiatric residence program, is in Toronto. They train 100 residents at a time.

We have about 60 residents in psychiatry at the Université de Montréal; we therefore come second on the list of those 16 universities. We are followed closely by UBC.

There are four faculties of medicine in Quebec, five in Ontario, and there are few others throughout Canada, including two in Alberta.

That gives you an idea of what I am working with. I coordinate the training activities for these residents. I must ensure that all the requirements set out by institutions responsible for resident training in Canada are met. These institutions are the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the Collège des médecins du Québec.

In the course of my work I have had the opportunity of meeting many professors who are very involved in resident training. I have also had the opportunity of speaking with colleagues and I have realized that resident training problems are similar throughout Canada.

There is an organization for directors of programs in Canada, called COPE. We meet twice a year. I am the outgoing chairperson and we have had formal and informal discussions on the future of psychiatric education in Canada. We have realized that we all face the same hurdles.

Since I am generally optimistic, I would like to talk to you about positive things. I will then talk about the more difficult obstacles and will suggest some solutions.

Since my own training as a psychiatry resident, from 1981 to 1985, there have been various, new health care delivery models. In the past, a psychiatrist worked in a hospital — to simplify matters — or alone in his private practice.

**La docteure Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, l'Université de Montréal:** Je fais deux choses principales dans ma vie professionnelle. Une chose qui prend plus de temps que l'autre, c'est d'être psychiatre en psychiatrie légale à l'Institut Pinel, mais ce n'est pas de cet aspect dont je vais vous parler aujourd'hui. J'ai compris que certains d'entre vous vont visiter Pinel demain. Vous allez vous faire dire toutes les merveilleuses choses qu'on fait dans cet hôpital.

Je vais vous parler plutôt de la deuxième partie de mon travail. Je suis la directrice du programme de formation pour les résidents en psychiatrie. Les résidents en psychiatrie, ce sont des médecins qui, pendant cinq ans, font leur formation et qui, à la fin vont devenir des psychiatres.

Vous savez peut-être déjà qu'il y a seize facultés de médecine au Canada, donc seize individus qui, comme moi, dirigent des programmes de formation des résidents en psychiatrie. La plus grosse faculté de médecine et puis en fait, le plus gros programme de résidence en psychiatrie est à Toronto. Ils ont plus de cent résidents à former en même temps.

À l'Université de Montréal, en psychiatrie, nous en avons une soixantaine; on se place donc deuxième sur la liste des seize universités. Et puis nous sommes suivis de près par l'UBC.

Il y a quatre facultés de médecine au Québec, il y en a cinq en Ontario, puis il y en a quelques autres un peu partout à travers le Canada, dont deux en Alberta.

Cela vous situe un petit peu sur ce que j'ai à faire. Je coordonne les activités de formation des résidents. Je dois m'assurer que toutes les exigences qui sont données par les institutions qui encadrent la formation des résidents au Canada soient respectées. Nous parlons du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins au Québec.

Dans ce travail, j'ai la chance de côtoyer plusieurs professeurs qui sont très impliqués dans la formation des résidents. Et j'ai aussi l'occasion de discuter avec des collègues pour me rendre compte que nos problèmes de formation des résidents sont à peu près les mêmes partout au Canada.

Il y a un organisme qui regroupe tous les directeurs de programmes au Canada, qui s'appelle COPE. Nous nous rencontrons deux fois par année. J'en suis la présidente sortante et on a des discussions formelles et informelles sur l'avenir de l'enseignement de la psychiatrie au Canada. On se rend compte que les mêmes obstacles sont présents sur notre route.

Comme je suis une personne généralement optimiste, je vais vous parler des choses positives. Je continuerai avec les choses plus difficiles à contourner et je vous proposerai quelques solutions.

Depuis ma propre formation comme résidente en psychiatrie, de 1981 à 1985, on a vu apparaître des modèles différents et nouveaux de prestations de soins. Avant, le modèle voulait qu'un psychiatre travaille à l'hôpital — pour simplifier les choses — ou en bureau privé, de façon individuelle.

Things have obviously changed a great deal. Very few newcomers want to work independently. Every year, I meet with the graduate residents on a regular basis and for the past three or four years, I have seen maybe one who wants to pursue a career entirely in private practice.

The field has also become much more sophisticated. I often tell my residents that I am happy to have passed my exams when I did because I am not sure that I could pass them now.

There have been many developments thanks to evidence-based medicine. Huge improvements have also been made on the research side in terms for program assessment. Dr. Lesage no doubt spoke to you at length about that when you met him.

Several psychotherapy approaches have proven to be very effective. We have better treatments for our patients, the shift to ambulatory care, indeed all sorts of things you have no doubt been hearing about over the past few weeks.

An interesting phenomenon is emerging, namely that there is increasing consistency between the various psychiatry training programs in Canada, which, of course, are all overseen by the Royal College. In the past, there was much more discrepancy in approaches and focus.

It is interesting to note that the various facets of the system are now much more intertwined. On the one hand, you have the two colleges, the Collège des médecins du Québec and the Royal College. The Royal College has a body called the Specialists Committee that deals with resident training. Those people used to operate in an ivory tower, but now we have easier access to them. They work with the Canadian Psychiatric Association as well as with COPE to determine which areas to focus on for the future in psychiatry, including over specialization.

Those are the positive things. There are also negative things, obstacles to overcome. The future is bright because there is an increasing number of medical students in every medical faculty in Canada.

I do not know whether you remember, but a few years ago, the number had dropped significantly. It is now gradually increasing and the University of Montreal will reach its peak as of this year, 2003.

In the past, the medical classes had between 200 and 205 students. They dropped to approximately 120 students and now they will increase to over 220 students. That means more staff will be required to give these students their practical training.

C'est sûr que maintenant les choses ont beaucoup changé. Les gens qui se destinent à une carrière solo sont vraiment la minorité. Je rencontre régulièrement, à chaque année, tous les résidents finissants et depuis trois ou quatre années, il y en a peut-être un qui s'est destiné à un travail en bureau privé à 100 p. 100.

Il y a aussi une augmentation très importante des connaissances. Je dis souvent à mes résidents que je suis bien contente d'avoir passé les examens à l'époque où je les ai passés, parce que je ne suis pas sûre que j'aurais réussi à les passer maintenant.

Il y a tous les progrès de la médecine basée sur les données probantes, ce que les anglophones appellent: « evidence based medicine ». Il y a aussi toutes sortes d'avancées dans le domaine de la recherche, du côté de l'évaluation de programmes. Je pense que le docteur Lesage a dû vous en parler largement quand vous l'avez rencontré.

Plusieurs approches de psychothérapies, dont plusieurs ont documenté leur efficacité, sont très bien. Nous avons des meilleurs traitements pour nos patients, le virage ambulatoire, enfin toutes sortes de choses dont vous avez déjà entendu parler, je suis sûre, dans les dernières semaines.

Et ce qui est intéressant et qui est en train d'émerger, c'est qu'on voit de plus en plus d'harmonie entre les différents programmes de formation en psychiatrie au Canada, qui sont tous encadrés, bien sûr, par le Collège Royal. Avant c'était vraiment beaucoup plus diversifiées comme approche et orientation que cela ne l'est maintenant.

Ce qui est intéressant est qu'il y a des liens plus étroits entre les différentes composantes du système. D'une part, vous avez donc les deux collèges, le Collège des médecins et le Collège Royal. Le Collège Royal a une instance qui s'appelle le Comité de spécialités qui s'occupe de la formation des résidents. Ces gens habituellement fonctionnaient dans une tour d'ivoire, alors que maintenant, on a accès plus facilement à eux. Ils collaborent avec l'Association canadienne de psychiatrie et aussi COPE, pour réfléchir à l'orientation à préconiser par rapport à l'avenir de la psychiatrie, entre autres la sur-spécialisation.

Ce sont les choses positives. Il y a aussi des choses négatives, des obstacles sur notre voie. Ce qui est très bien pour l'avenir est qu'il y a un nombre croissant d'étudiants en médecine, dans toutes les facultés de médecine au Canada.

Je ne sais pas si vous vous rappelez, il y a quelques années, le nombre avait diminué d'une façon significative. Il est en train de monter d'une façon progressive, pour atteindre, à l'Université de Montréal, leur maximum à compter de cette année, en 2003.

Les classes de médecine à l'époque comptaient de 200 à 205 élèves. Elles ont diminué à environ 120 élèves et maintenant elles vont augmenter à plus de 220 élèves. Ce qui veut dire que pour accueillir ces gens dans des stages, cela nous prend beaucoup plus de monde.



Unfortunately, the professors are getting older and running out of steam. Their caseloads — there is a shortage of doctors right now — is such that we have overworked professors who have less and less time to train the residents. Training is becoming increasingly complicated.

Everyone knows that many professors teach on a volunteer basis. They hardly get any money — in fact they lose money — because the time they could spend at the clinic would be much more lucrative and effective than the time they spend explaining things to all sorts of medical students and residents in psychiatry.

There are also problems because of the reduced emphasis put on psychiatry in the medical courses. We had to fight very hard over the past few weeks because a task force had decided to reduce the training in psychiatry from eight weeks to six weeks for the entire duration of medical studies.

We finally won our battle and the number was brought back to eight weeks. Psychiatry is not the only field affected; gynaecology has also had its problems. They also won their battle and the students now get eight weeks of training in that as well.

There is not enough focus put on psychiatry in the family medicine program. The people handle the training but also the training of general practitioners. In our view, there is not enough focus put on mental health and yet in the offices of family doctors, there are huge numbers of patients who suffer from severe or less severe mental illnesses.

We have heard our American colleagues say they are having a great deal of trouble recruiting students for the psychiatry training programs. The programs are not full, there are vacant positions. That is generally not the case in Canada. Usually when those things happen in the United States, 10 years later the same thing happens in Canada.

There are also problems recruiting professors. When students finish, they prefer to work in a field where they will earn more money rather than become professors. Recruitment is difficult because of all sorts of administrative and political obstacles.

There are fewer and fewer models for psychiatrists who want to practice general psychiatry. Over the past few years, the trend has been to recruit overspecialized people as professors. Those practicing basic general psychiatry are essential for proper training in psychiatry and they are becoming increasingly unavailable. That is a major problem.

What are the solutions? In our view, there are two. The first is to continue to work on improving the content of the training so that it meets our needs today and in the future. We can go into more detail later on, if you wish. The second dimension would be to ensure that there is time, money and recruitment of professors

Malheureusement, la population des professeurs vieillit et s'essouffle. Les charges cliniques — on est dans un système où il y a une pénurie — font que l'on se retrouve avec des professeurs surchargés et qui ont de moins en moins de temps pour donner la formation aux résidents. Il devient de plus en plus compliqué de faire la formation.

On sait que les professeurs font bien souvent leurs activités d'enseignement dans un contexte bénévole. Ils ne reçoivent presque pas d'argent — ils en perdent — vu le temps qu'ils pourraient occuper en clinique qui serait beaucoup plus fonctionnel et efficace que celui où ils ont des explications à donner à toutes sortes d'étudiants en médecine et de résidents en psychiatrie.

Il y a aussi des difficultés par rapport à une visibilité de moins en moins grande de la psychiatrie, dans les cours de médecine. Il a fallu qu'on se batte très fort depuis les dernières semaines, parce qu'il y avait un groupe de travail qui avait examiné la refonte des stages des étudiants en médecine, pour passer de huit semaines de stage en psychiatrie, dans tout le cours de médecine, à six semaines de stage.

On a fini par gagner nos épaulettes et on est remonté à huit. Il faut dire que la psychiatrie n'est pas la seule visée, il y a la gynéco qui a eu des difficultés. On a réussi à gagner et à faire remonter les choses comme avant, soit à huit semaines.

Nous n'avons pas une visibilité aussi grande qu'elle devrait l'être dans le programme de médecine familiale. Les gens s'occupent de la formation mais de la formation des médecins généralistes. Il n'y a pas beaucoup d'accent, pas suffisamment selon nous, qui est mis sur la santé mentale, alors que dans les bureaux des médecins de famille, il y a énormément de patients qui souffrent de maladie mentale sévère ou moins sévère.

On entend parler chez nos collègues des États-Unis des difficultés très importantes de recrutement dans les programmes de formation en psychiatrie. Des programmes ne sont pas remplis, des postes sont vacants. Ce n'est pas le cas en général au Canada. Habituellement, quand ces événements se passent aux États-Unis, dix ans plus tard, nous retrouvons la même chose au Canada.

Il y a aussi des difficultés de recrutement des professeurs. Les étudiants, quand ils finissent, aiment mieux travailler dans un endroit où ils vont faire plus de sous, que de devenir des professeurs. Le recrutement est difficile, à cause de toutes sortes d'embûches administratives et politiques.

Il y a de moins en moins de modèles pour les psychiatres qui vont faire de la psychiatrie générale. On a eu tendance ces dernières années à recruter comme professeurs des gens qui étaient des sur-spécialistes. Les gens qui font de la psychiatrie générale de base sont essentiels pour le fondement de la formation en psychiatrie sont de moins en moins disponibles. C'est un problème majeur.

Quelles sont les solutions? En fait, on en voit deux. La première est de continuer à travailler pour améliorer le contenu de la formation afin qu'elle corresponde aux besoins d'aujourd'hui et de demain, par rapport à ce que sera le travail de psychiatre. On pourra en parler plus en détails tout à l'heure, si vous voulez. La

to reach all our lofty goals for the future of psychiatry and to ensure that service delivery is improved. We need qualified people for that and they must be available to work with the recruits.

[English]

**The Chairman:** Our final speaker is Dr. Jean Wilkins, Professor of Pediatrics in the Department of Pediatrics at the Université de Montréal.

[Translation]

**Dr. Jean Wilkins, Full Professor and Pediatrician, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, University of Montreal:** As you said, I am a trained pediatrician and I have a specialization that is not recognized in adolescent medicine. This afternoon I would like to talk about adolescent medicine from a pediatric perspective.

Adolescent medicine is a relatively new medical concept that originated mainly in the United States. It exists in Canada, but it is not very entrenched in the well-structured programs of hospitals and universities in Canada's various provinces.

Our program at the Université de Montréal has been in existence since 1974. The issue of providing health care to teenagers has changed a great deal in the past 30 years. That has forced all of the stakeholders to be much more flexible if they want to have an impact on our dealings with adolescents.

I will briefly list the various problems: first there were all the problems related to drug addictions, drug usage among adolescents, and all the issues surrounding adolescent sexuality. There were also the problems of teen pregnancy, abortions, access to contraceptives, the contraceptive follow-up that kept the practitioners busy, at least in Quebec.

A very violent period in our society ensued after the number of attempted suicides and successful suicides among teens soared. There was an outcry virtually everywhere in the western world towards the beginning of the 1980s.

At the same time, there were all sorts of separations and parents divorcing, which led to problems for the teenagers as well as adjustment difficulties, and our clinics were full of teenagers with those problems until such time as they were understood. Nowadays, we hardly see any of those problems in our clinics.

In the past 20 years, most of the teen cases being treated have been eating disorders, mental anorexia and bulimia.

deuxième dimension serait de s'assurer qu'il y ait du temps, de l'argent et du recrutement de professeurs pour pouvoir soutenir toutes les belles idées qu'on va avoir quant au futur de la psychiatrie et s'assurer que les services soient mieux rendus. Il faut qu'on ait des gens formés à le faire et qui soient disponibles pour le faire avec les recrues.

[Traduction]

**Le président:** Notre dernier témoin est le Dr Jean Wilkins, professeur de pédiatrie au Département de pédiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

[Français]

**Le docteur Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine de l'Université de Montréal:** Je suis, comme vous l'avez bien mentionné, pédiatre de formation et j'ai fait une sur-spécialité qui n'est pas reconnue en médecine de l'adolescence. Je veux vous entretenir cet après-midi de médecine de l'adolescence du point de vue pédiatrique.

La médecine de l'adolescence est un concept médical relativement récent et qui origine plus des États-Unis. Elle existe au Canada, mais n'est pas bien installée et bien ancrée dans des programmes bien structurés dans les hôpitaux et les universités des différentes provinces canadiennes.

Notre programme à l'Université de Montréal existe depuis 1974. Notre problématique pour organiser les soins aux adolescents a beaucoup changé au cours des trente dernières années. Ceci a obligé tous les intervenants à une capacité de flexibilité absolument essentielle si on veut être pertinent dans nos interventions auprès des adolescents.

J'énumère brièvement les différentes problématiques: il y a eu d'abord tous les problèmes reliés aux toxicomanies, à la drogue à l'adolescence, rapidement dépassés par toutes les problématiques autour de la sexualité à l'adolescence. Il y avait la grossesse, les avortements, l'accessibilité à la contraception, le suivi contraceptif qui a occupé les gens qui prennent soin des adolescents, au Québec du moins.

Toute une période de violence dans notre société a suivi où les épisodes de tentatives suicidaires et de suicides réussis chez les adolescents ont monté en flèche. Cela a été décrié un peu partout en Occident également, vers le début des années 1980.

Il y a eu au même moment tout l'impact des séparations, des divorces des parents, qui ont entraîné des problèmes chez les adolescents, des difficultés d'adaptation et qui ont rempli nos cliniques, jusqu'à ce qu'on comprenne ces problématiques. Nous ne voyons pratiquement plus ces problématiques maintenant dans nos consultations.

Ce qui a envahi les cliniques de médecine de l'adolescence un peu partout en Occident, au cours des vingt dernières années, ce sont des troubles de conduite alimentaire, l'anorexie mentale et les boulimies chez les adolescents.



Let me give you an example. We have a 25-bed unit in the pediatric ward for children between the ages of 12 and 18. Twelve to seventeen of those beds are constantly occupied by teenage girls with eating disorders, and occasionally a young boy.

At the same time as these eating disorders appeared over the past 20 years — we are less organized for those patients — the so-called “somatoforms,” who are adolescents with somatization problems, appeared.

When I started in teen medicine, our concern was to make care available to adolescents by reducing the obstacles to them. I admit I am speaking very much off the cuff this afternoon because I was very short of time for various reasons. I wanted to briefly go over what barriers I see to adolescents when it comes to access and acceptance into the health care structure.

One point that immediately comes to mind is the notion of sectors. Psychiatric care is defined by the sectors, depending on where you live, you must consult someone in your area. No one remembers whether that is a law or not, but everyone knows it is applied fairly strictly.

This is a major hindrance to teens. Getting a teenager to seek medical attention is a long process and may involve his entourage, his family or his friends. Once an adolescent recognizes he has a problem and seeks help, the first question he is asked is his postal code. He then clams up right away. All the effort to get the teen to the clinic is wasted.

It is important to have an entry point, a single wicket, as they say in politics. The adolescent must have easy access to services and must not be discouraged right from the outset because a condition can worsen very quickly with that type of treatment. It has a negative impact.

It is important to clarify this notion of sectors. A lot of work must be done to make the health providers for teens more accessible and to eliminate those obstacles.

Another thing that troubles me somewhat is that adolescents are often given treatments that can upset them. When they go into a health centre, when they manage to get in, they are told: we will start with the assessment.

When a teenager takes steps to get treatment and he or she is made to understand that an assessment is different from the care required, an adolescent patient is somewhat wary. The answers given to the questions asked by the assessor may not be quite correct and the diagnosis may be inaccurate or incomplete.

Je vais vous donner un exemple. Nous avons une unité de soin de 25 lits en pédiatrie pour le groupe d'âge des douze à dix-huit ans. Nous avons en permanence de 12 à 17 de ces lits qui sont occupés par des adolescentes présentant un trouble de la conduite alimentaire, et exceptionnellement, un petit garçon.

Concomitant à ces troubles de conduite alimentaire sont apparus au cours des dernières années — on est moins organisé pour cette clientèle — les problèmes «somatoformes», soit les adolescents qui présentent des problèmes de somatisation.

Lorsque je me suis engagé en médecine de l'adolescence, notre préoccupation était de rendre accessible les soins aux adolescents en réduisant les obstacles aux soins. J'admets être un peu brouillon cet après-midi parce que j'ai été pressé par le temps pour différentes raisons. Je voulais repasser brièvement avec vous quels sont les obstacles que je retrouve pour rendre accessible et privilégié l'accueil des adolescents dans les structures de soins existants.

Un point qui me vient tout de suite à l'esprit est la notion de secteurs. Les soins psychiatriques sont délimités par des secteurs, si vous habitez à tel endroit, vous devez consulter dans votre secteur. On ne sait plus trop si c'est une loi ou pas, mais on sait que c'est assez rigoureusement appliqué.

Pour les adolescents, ceci est un obstacle majeur. Il faut comprendre que la démarche de l'adolescent, de son entourage, de sa famille ou de ses amis, pour amener l'adolescent en consultation à un endroit est un long processus. Une fois que l'adolescent accepte et se présente, s'il se fait demander comme première question son code postal, il se referme de nouveau. Ce sur quoi on a travaillé un petit bout de temps pour l'amener à cheminer vient de s'envoler.

Il faut faire en sorte que la porte d'entrée soit bonne, un guichet unique, comme on dit souvent en politique. Il faut que l'adolescent puisse avoir accès aisément aux services et ne pas être rabroué suite à sa première démarche parce qu'on peut reculer beaucoup avec un tel traitement. Un effet pervers important s'ensuit.

Cette notion de secteurs est importante à clarifier. Il faut qu'on travaille beaucoup pour rendre accueillantes les structures de soins pour adolescents et éliminer ces trucs.

Il y a un autre point qui m'agace un peu dans les soins qu'on donne habituellement aux adolescents parce qu'ils peuvent les déranger. Quand ils vont dans une structure de soins, quand ils réussissent à y être accueillis, on va leur dire: on va commencer par l'évaluation.

Quand l'adolescent accepte de faire une démarche pour se faire soigner et que l'on distingue l'évaluation et le soin à donner, on va déclencher chez le patient adolescent une certaine méfiance. Les réponses qu'il donnera aux questions de celui qui fait l'évaluation risquent de ne pas être tout à fait correctes et on aboutit des fois à des diagnostics inexacts ou incomplets.

Of course a period of observation is required. When an adolescent takes the first step, it is because he wants to get treatment. We expect an assessment and treatment. The patient does not make that distinction. He does not go to the clinic to be assessed, but to be treated.

One must be careful. Another obstacle I see regularly is what I would call the problem of incompetent stakeholders. I listed the various problems that have surfaced over the past 30 years. I can understand that it might be difficult to be an expert on everything, and it is perhaps even impossible to be an expert at all in this field.

The health care system is structured in such a way that the front-line workers must be skilled at everything. They cannot be competent in every field. It is extremely important to vastly improve their training. Of course there must immediately be more specialized services to deal with more complicated problems.

I think it is important to encourage the creation and reinforcement of centres of excellence, with the obligation to welcome patients — I was speaking about sectors earlier on — and to ease the transition from adolescence to adulthood.

If you know anything about adolescents, you know that they are very complicated. You want them to turn 18 as quickly as possible so that you can tell them they will be transferred to adult care.

There must be a structure to allow that transition. The adolescent medicine programs in pediatric hospitals are suffering from budget cuts just like all the others. When they have budget problems, they reduce the age. It will go from 19 to 18 and from 18 to 17, so the teenager will suffer the consequences.

The transition between adolescence and adulthood must be rethought. It is up to the centres of excellence to convert tertiary pathologies into primary pathologies by having greater expertise. By developing that expertise through clinical practice, observation and research, they are responsible for teaching and ensuring that those pathologies can be treated in the front-line centres.

There have been great success stories in treating teen sexuality problems. We should be able to see the same success with eating disorders.

The skill level of workers is important because in practice, there is always a sequence of events beyond their control. There is a first meeting somewhere. No one knows exactly what the illness is, but people feel obliged to do something, so medication is prescribed and the patient is referred to someone else.

Il faut accepter qu'il y ait un temps nécessaire d'observation. Lorsque l'adolescent fait une démarche, c'est pour se faire soigner. Il est normal que dans notre plan d'approche, on puisse distinguer évaluation et soins. Le patient ne fait pas cette distinction. Il ne se présente pas pour se faire évaluer mais pour se faire soigner.

Il faut faire attention. Un autre obstacle que je rencontre régulièrement est ce que j'appelle le problème de la compétence des intervenants. Je vous ai énuméré les différentes problématiques qui ont évolué au cours des 30 dernières années. Je comprends qu'il puisse être difficile d'être expert dans tout, il n'est peut-être même pas possible d'être expert dans tout ce domaine.

On a une structure des soins qui fait en sorte qu'il y a des gens en première ligne qui doivent être compétents dans tout. Ils ne peuvent pas être compétents en tout. C'est extrêmement important qu'on travaille beaucoup sur la formation des intervenants. Il faut avoir à l'appui, immédiatement, des services plus spécialisés pour prendre charge des problématiques les plus complexes.

Il faut privilégier la création et le renforcement, à mon avis, de centres d'excellence, avec l'obligation d'accueillir les patients — je parlais des secteurs tantôt — et de faciliter la transition de l'adolescent vers l'âge adulte.

Quand on suit des adolescents, cela implique que le patient est bien compliqué. On souhaite qu'il arrive à dix-huit ans au plus vite pour pouvoir lui dire qu'il sera transféré aux soins pour adultes.

Il faut une structure qui permette cette transition. Les programmes de médecine de l'adolescence existent dans des hôpitaux pédiatriques qui, comme tous les autres hôpitaux, ont des problèmes budgétaires. Quand ils ont des problèmes budgétaires, ils réduisent sur l'âge. On va passer de 19 ans à 18 ans et de 18 ans à 17 ans de sorte que l'adolescent écope.

Il faut repenser cette transition entre l'adolescence et l'âge adulte. La responsabilité de ces centres d'excellence est de convertir des pathologies dites tertiaires en pathologies primaires, en ayant une plus grande expertise. En développant cette expertise par la pratique clinique, l'observation et la recherche, ils ont la responsabilité d'enseigner et de faire en sorte que ces pathologies puissent être traitées dans des centres de première ligne.

En termes de soins pour tout ce qui tourne autour de la sexualité des adolescents, on a extrêmement bien réussi. On devrait être capable de réussir aussi bien pour les troubles de la conduite alimentaire.

La compétence des intervenants est importante parce qu'en pratique, il y a souvent une séquence d'événements qui embête les intervenants dans un centre tertiaire. Il y a une première rencontre dans un endroit. On ne sait pas trop ce que c'est, mais on se sent obligé de poser un geste, on prescrit une médication, puis on réfère.



I find myself more and more in a tertiary centre with patients who have been seen once or a maximum of twice at one clinic and who are already under medication. I wonder whether that is worthwhile.

Doctors should review their way of dealing with teenagers. They should not want to control them with medication.

I would say these are the negative effects of a primary intervention, if it does not succeed and if medication is prescribed too quickly. Inappropriate medication could cause greater problems and deterioration in the patient.

Adolescent medicine and adolescent psychiatry, even if they are not my fields, should be included in our health care system. There is an urgent need for help.

As for the role of the various stakeholders, I have the honour of chairing a committee of the Collège des médecins du Québec, that reviewed the model for sharing the activities among the various health care professionals. Much progress has been made in Quebec. The act and professional code were amended in June of last year. A report was tabled on the medical profession and the roles of the doctor in the health care system. The document exists, it is on the Web site of the Collège des médecins. An excellent analysis was done of what was called advanced practice and the sharing of responsibilities among the various stakeholders in the health sector.

[English]

**The Chairman:** I would like to ask Dr. Farquhar a two-part question. Why do you think it is that the U.S. has been more creative, more progressive, in dealing with mental health patients than we have? I ask the question because in our previous health care study, we concluded there was not a lot that we could learn from the U.S. system. After your comments, and having skimmed your paper, I am led me to the conclusion that maybe there is in mental health, and I am curious as to why that is the case.

Second — and you may want to think about this and send us a note — if you were asked to give a list of three to six places in Canada with best practices in mental health delivery, what would it include? As I say, you may want to think about that and let us know, and you may also want to do it off the record. I quite understand that, but would you mind responding at least to the first one?

**Dr. Farquhar:** Thanks for asking. I have visited two places in the United States where I had occasion to look at what they were doing and that is where I saw case management working very well. For example, I met one psychiatrist who was working half time in an Assertive Community Treatment team, and I asked, "What do you do with the other half of the time?" He said, "Well, I have about 350 patients." I was astounded because the most I

De plus en plus, je me retrouve dans un centre tertiaire avec des patients qui ont été vus une fois ou deux au maximum à un endroit et qui sont déjà sous médication. Je questionne la pertinence de celle-ci.

Les médecins doivent revoir leur façon de pratiquer auprès de ce groupe d'âges. Il faut avoir une certaine retenue avec eux avant de vouloir les contrôler absolument avec une médication.

Ce sont les effets pervers, je dirais, d'une première intervention, si elle est non réussie et si on introduit trop rapidement une médication. À cause d'une médication inappropriée, on peut se retrouver avec une plus grande difficulté et une détérioration de l'état clinique du patient.

La médecine de l'adolescence ou la psychiatrie de l'adolescence, même si ce n'est pas mon secteur, mérite d'être considérée dans notre système de soins et d'être aidée. Il y a une urgence d'aider.

Pour ce qui est du rôle des différents intervenants, j'ai eu l'honneur de présider un comité du Collège des médecins du Québec, qui a revu le modèle du partage des activités entre les différents professionnels. On a fait un bon bout de chemin au Québec. On a amendé la Loi et le Code des professions au mois de juin de l'an dernier. On a présenté un rapport sur l'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel. Le document existe, il est sur le site Internet du Collège des médecins. Il y a eu un très beau travail de réflexion de ce qu'on a appelé la pratique avancée et le partage des responsabilités entre les différents intervenants dans le domaine de la santé.

[Traduction]

**Le président:** J'ai une question à deux volets pour le Dr Farquhar. À votre avis, pourquoi les États-Unis se sont-ils montrés plus progressistes et plus créatifs que nous au chapitre des services de santé mentale? Si je pose la question c'est parce que dans notre étude précédente portant sur les soins de santé, nous avons conclu qu'il y avait peu d'enseignements que nous puissions tirer du système américain. Après vous avoir entendu et avoir feuilleté votre document, je me demande si c'est bien le cas dans le domaine de la santé mentale. Il me semble que oui et j'aimerais savoir pourquoi

J'en viens au deuxième volet de ma question. Vous voudrez peut-être y réfléchir et nous envoyer votre réponse par écrit. Pourriez-vous nous dresser la liste des trois à six endroits au Canada où l'on applique les meilleures pratiques dans le domaine de la prestation des soins de santé mentale. Il se peut que vous préféreriez réfléchir avant de nous faire parvenir votre réponse ou que vous préféreriez le faire de façon officieuse, ce que je comprends très bien. Pourriez-vous cependant répondre à ma première question?

**Dr Farquhar:** Merci de l'avoir posée. J'ai visité deux endroits aux États-Unis et c'est là que j'ai constaté que la formule de la gestion des cas donne d'excellents résultats. Par exemple, je me suis entretenu avec un psychiatre qui consacrait la moitié de son temps à une équipe de suivi intensif dans la communauté. Je lui ai demandé ce qu'il faisait pendant l'autre moitié de son temps. Il m'a répondu qu'il avait environ 350 patients, ce qui m'a renversé

ever had working full time was 180. He said it was because of case management. That is why I mentioned it, because it is nothing new, but it is not applied.

If you ask why the United States are ahead of us, I think it is because they have been squeezed more and squeezed faster, for at least two reasons. One is mostly economic. They have been squeezed by the competition between the public and private sector, which I do not necessarily think is a good thing, and they have also been squeezed by legal constraints.

I went to Springfield, Massachusetts, where there was a lawsuit about 20 years ago that ended up obliging the mental health system to offer the least restrictive alternative in terms of housing to all patients, including severely retarded, regressed or aggressive patients.

I saw some people there who would be in the back wards of the Douglas Hospital. They were in the community, although the home they were in — they had their own rooms — looked like a back ward, and it cost about the same as a hospital.

I believe there have been some articles on the economic imperatives. Also, it is worth noting that across the United States, service to severely mentally ill people, which in Canada, I am told, consumes about 80 per cent of the provincial mental health budgets, is the responsibility of the public sector, whether the municipal or the state level, so it is very much the same as here. In addition, of course, there are private psychiatric hospitals that treat both severe and moderate mental illness.

**The Chairman:** Any comments on the best practices question?

**Dr. Farquhar:** I wish I knew. I am not that well travelled. I would have to say that in Toronto, at Saint Michael's Hospital, there is a psychiatrist whom I admire very much, Dr. Donald Wasylenki, who I think is in charge of outcome research and has been in charge of the deinstitutionalization effort in Ontario for the last 10 years or more. He has used research and innovation combined to achieve remarkable results, so they have many Assertive Community Treatment teams. That is not to say that that is so wonderful itself, but there are many other things that I admire.

**Senator Keon:** I will start with you, Dr. Israël, and go to Dr. Farquhar, and I want the panel to comment on what I would like to ferret out from you.

You referred to a problem that exists not only mental health, but in many areas of health, non-continuity of care. I am wondering what you think the root cause of that is. In the other health disciplines, my observations over the years would be that the hospital sector, although it only takes about a third of the system funding, is overwhelmingly powerful. They get a tremendous amount of attention compared to community

parce que je n'ai jamais plus de 180 patients et je travaille à plein temps. Il a expliqué qu'il pouvait le faire à cause de la gestion des cas et voilà pourquoi je l'ai mentionnée. Cette formule n'est pas nouvelle, mais on ne l'applique pas.

Quant à savoir pourquoi les États-Unis sont en avance sur nous, je pense que c'est parce là-bas les gens ont dû faire face à des contraintes plus radicales et plus fortes que nous, pour au moins deux raisons. La première est essentiellement économique. Le secteur public a dû soutenir la concurrence du secteur privé, ce qui ne semble pas nécessairement une bonne chose, mais il a également dû composer avec certaines contraintes judiciaires.

Je suis allé à Springfield, au Massachusetts. Il y a une vingtaine d'années, à l'issue d'une poursuite en justice, le système de santé mentale a été obligé d'offrir la modalité de logement la moins contrôlante à tous les patients, y compris ceux qui étaient affligés d'une déficience mentale grave, de comportement régressif ou d'une grande agressivité.

J'ai vu des malades qui ici, seraient internés dans les arrières-salles de l'Hôpital Douglas. Et pourtant, ils vivaient dans la collectivité, bien que dans une maison où ils avaient chacun leur propre chambre. La maison ressemblait cependant à une arrière-salle d'hôpital et coûtait aussi cher à gérer.

Certains articles ont été publiés sur les impératifs économiques dans ce domaine. Par ailleurs, il faut savoir que partout aux États-Unis, les services offerts aux personnes atteintes de maladies mentales graves relèvent du secteur public, que ce soit au niveau municipal ou au niveau de l'État. C'est à peu près la même situation qu'au Canada où il semblerait que ces services accaparent 80 p. 100 du budget de santé mentale des provinces. Il existe en outre aux États-Unis, comme chacun le sait, des hôpitaux psychiatriques privés où l'on traite les maladies mentales moyennes et graves.

**Le président:** Il y a-t-il des observations sur la question des pratiques à suivre?

**Dr Farquhar:** J'aimerais pouvoir y répondre. Mais je n'ai pas beaucoup voyagé. Par contre, il y a un psychiatre que j'admire beaucoup à l'Hôpital Saint Michael à Toronto, le Dr Donald Wasylenki, qui est responsable de la recherche axée sur les résultats et maître d'oeuvre du virage ambulatoire en Ontario depuis au moins dix ans. En combinant la recherche et l'innovation, il a pu atteindre des résultats remarquables et il existe un grand nombre d'équipes de suivi intensif dans la communauté. C'est un aspect, parmi tant d'autres, qui m'impressionne.

**Le sénateur Keon:** Je vais commencer par vous, docteur Israël, et j'enchaînerai avec le Dr Farquhar et ensuite j'aimerais que le panel me dise ce qu'il pense de ce que je vous aurai fait dire.

Vous avez soulevé un problème qui n'existe pas seulement en santé mentale mais aussi en bien d'autres domaines de la santé, à savoir la non-continuité des soins. D'après vous, quelle en est la véritable cause? Dans les autres domaines de la santé, je dirais que depuis bien des années le secteur hospitalier détient un pouvoir disproportionné, même si un tiers du financement lui est attribué. On prête beaucoup plus d'attention à ce secteur qu'aux services



services and other services. It seems there are ways to overcome that — for example, through regionalization, in which the various services are treated equally. I suppose the best example of that is in Edmonton, although quite frankly, a close look at their structure is a little worrisome too, because again, virtually all the resources are institutionally centred.

I would like you to talk about how we might overcome this as it relates to mental health. Then I will get Dr. Farquhar to talk a little more about a commissioner. In fact, we advocated a health commissioner and it would be interesting to know how this would fit with a commission for public health.

**Dr. Israël:** You started by asking me what I think is the reason for a lack of continuity in care, and for me the problem is a lack of communication. It is not so much how much power you give to each institution or organization, but whether they see themselves as working together toward common goals and creating a sense of purpose and mission.

In my presentation, obviously I could not give details on how some of these things could be implemented. However, as a specialist, I feel that right now, we are spending too much of our time doing a certain type of work that could be assumed by other people and not enough reaching out to help those on the front line. It would mean having time available to answer phone calls, to teach, and to sensitize others, our fellow doctors and our fellow workers. I do not mean the public. The public is a big challenge in itself.

I share some of Dr. Roy's interest in and commitment to teaching. I want to tell you a little story. Last year, I was teaching medical students. I do that every year, teaching psychopharmacology. And I was in the middle of discussing antidepressants, how to choose one, and a student raised his hand and asked, "How come you are giving us so much detail? Do we really need this?" We are also being threatened with a cut in the amount of time we have contact with people who are supposed to be responsible for the major part of mental health care.

We have to establish lines of communication and give people support. We have to teach people. That might help to narrow the gap between what is out there and what is in the institutions. It is changing the perception of the institution, from a place where you send people off to be locked up or to get rid of the unpleasantness, to a place that will reach out and help you to deal with your day-to-day practice.

**Senator Keon:** Can you speculate on what kind of organization would do that?

**Dr. Israël:** I talked about a mental health institute as a place whose purpose is to take care of people with severe mental illness, but also to teach and to study. For instance, our hospital, which specializes in psychiatric care and was once an asylum, has gone through the deinstitutionalization process and is surrounded by

communautaires et à d'autres services. Je pense qu'il y aurait des façons de régler ce problème — par exemple, par le biais de la régionalisation, qui nous permettrait d'accorder la même importance à chacun des services. Je pense qu'Edmonton est le meilleur exemple à citer même si, très franchement, un examen plus approfondi de leur structure soulève des questions inquiétantes parce que presque toutes les ressources sont centralisées dans les institutions.

Comment serait-il possible de remédier à cette situation dans le domaine de santé mentale? J'aimerais ensuite que le Dr Farquhar nous parle davantage de cette idée de commissaire. En fait, nous avons soutenu l'idée d'un commissaire à la santé et aimerions savoir comment cela cadrerait avec une commission de la santé publique.

**Dre Israël:** Vous m'avez tout d'abord demandé quelles étaient les raisons pour ce manque de continuité des soins; pour moi, c'est le manque de communication. Ce n'est pas le pouvoir qui est attribué à chacune des institutions ou organisations qui est important. Les institutions collaborent-elles pour atteindre des objectifs communs et pour se donner une véritable raison d'être, une mission, voilà la question à se poser?

Bien évidemment, je n'ai pas pu vous donner des détails sur la mise en oeuvre de certaines de ces initiatives dans mon exposé. Par contre, je peux vous dire, en tant que spécialiste, que nous accordons actuellement trop de temps à certains types de travail qui pourraient être effectués par d'autres et pas assez aux activités qui nous permettraient d'aider les gens qui travaillent sur le terrain. Il faudrait qu'on ait assez de temps pour pouvoir répondre au téléphone, enseigner et sensibiliser autrement, notamment nos collègues médecins et autres travailleurs. Je ne pense pas au public, ça c'est une autre paire de manches.

Je partage certains des intérêts pour l'enseignement de la Dre Roy ainsi que son engagement. J'ai d'ailleurs une petite anecdote à vous raconter. L'année dernière, j'enseignais à des étudiants en médecine. Je leur enseignais la psychopharmacologie, comme je le fais tous les ans. Je leur ai parlé des antidépresseurs, leur ai expliqué comment en choisir un et un étudiant a levé la main pour me demander: «pourquoi nous donnez-vous tant de détails? Est-ce vraiment utile?» On risque également d'avoir moins de temps à consacrer au contact avec les personnes qui sont censées être responsables du groupe des soins en santé mentale.

Il faut qu'on mette en place des lignes de communication et qu'on assure un soutien adéquat. Il faut aussi qu'on sensibilise les gens. Cela nous permettra sans doute de réduire le fossé qui existe entre les institutions et le reste. La perception des institutions qu'on a change également. Il ne s'agit plus d'endroits où on enferme les gens pour les cacher mais plutôt de centres qui sont prêts à nous aider dans notre pratique journalière.

**Le sénateur Keon:** Pouvez-vous spéculer sur le type d'organisation dont il pourrait être question?

**Dre Israël:** J'ai parlé d'un institut de la santé mentale comme d'un établissement dont l'objectif est de prendre soin de ceux qui souffrent de graves maladies mentales, mais aussi comme d'un établissement d'enseignement et d'apprentissage. Ainsi, notre hôpital qui se spécialise en soins psychiatriques et qui était



community organizations and primary care clinics with which we have no time to set up links. We have to create a network and we have to have a mandate to do so, which means we have to have time to do it instead of using scarce resources to take care of work that could be done elsewhere.

**Senator Keon:** Thank you very much. Dr. Farquhar, pursuing the same theme, you came out with some very interesting ideas, including a commissioner for mental health, making budgets public, addressing alternate health workers in a meaningful way, which Dr. Israël just referred to also, dealing with homelessness, and so forth.

When we were holding hearings on health care in general, before we began the special study on mental health, we were hearing these comments over and over again. However, what has to be addressed is what kind of structural framework could we put in place that would allow these things to happen? Before you answer, I want to tell you that I have long believed that we need the equivalent of a Surgeon General in Canada and our report said we need a commissioner. I think the SARS outbreak really brought this one home again.

How do you think a commission for mental health would fit within an overall commission and commissioner?

**Dr. Farquhar:** That is a good question. I love the idea of a commissioner for mental health, and for health also. Some people might argue that the deputy minister of health serves the same function, although I do not think that is true.

I have not thought that far. Mostly, I have been thinking in terms of a commissioner for mental health. Just having a person in that position and making everything public would make it very difficult to cut the mental health budgets, which are so vulnerable. When something like SARS comes up, a ministry of health might say, "Well, we will just take some money from mental health because nobody will notice." Indeed, we have documented that at least 2,000 mental patients have become homeless in Quebec in the last five years. That is documented by a survey done by the government itself, and at the same time, something like 3,000 beds for mental health have been cut in the province. It is right there in black and white.

I am trying to say that whether at the provincial level or a regional level, like in the Montreal area, having a commissioner and perhaps helpers or links, or other similar structures, would protect budgets at the local level also. I am aware that in the Montreal area, for example, people want to get moving with some programs along the lines of what I was describing from the United States, but some say, "Oh well, there is no money for that this year because of this other thing that is happening in the Montreal area."

naguère un asile, a subi la désinstitutionnalisation et est aujourd'hui entouré d'organismes communautaires et de cliniques de soins primaires avec lesquels il n'a pas le temps de créer des liens. Nous devons créer des réseaux et cela doit faire partie de notre mandat; autrement dit, nous devons avoir le temps voulu pour nous y consacrer plutôt que de recourir à nos maigres ressources pour faire ce qui devrait être fait ailleurs.

**Le sénateur Keon:** Merci beaucoup. Docteur Farquhar, dans le même ordre d'idée, vous avez présenté quelques idées très intéressantes, notamment la création d'un poste de commissaire à la santé mentale, l'obligation de rendre les budgets publics, le recours de façon rationnelle à des travailleurs de remplacement dans le domaine de la santé, dont vient de parler la Dre Israël, qui s'occuperaient des sans-abri, notamment.

Au moment de nos audiences sur les soins de santé en général, c'est-à-dire avant d'entamer notre étude sur la santé mentale, c'était là le genre de suggestions qu'on nous faisait sans cesse. Toutefois, il faut d'abord se demander quel type de cadre structurel peut être instauré pour permettre de concrétiser ces suggestions. Avant de répondre, sachez que je crois depuis longtemps que nous avons besoin au Canada d'un équivalent du poste de Surgeon General, et notre rapport prônait d'ailleurs la création du poste de commissaire. L'épidémie du SRAS illustre à nouveau le bien-fondé de cette suggestion.

Que pensez-vous de la création d'un poste de commissaire au sein d'une commission sur la santé mentale?

**Dr Farquhar:** Vous posez là une bonne question. J'aime beaucoup l'idée d'avoir un commissaire à la santé mentale et aussi un commissaire à la santé. Certains prétendent que le sous-ministre de la santé occupe les mêmes fonctions, mais je ne le crois pas.

Je n'ai pas poussé plus loin ma réflexion. J'ai surtout songé à la création d'un poste de commissaire à la santé mentale. La nomination de quelqu'un à ce poste et l'obligation de tout rendre public rendraient difficile la tâche à celui qui songerait à sabrer dans les budgets de la santé mentale, qui sont déjà si vulnérables. Supposons qu'une nouvelle épidémie comme celle du SRAS survienne et qu'un ministre de la Santé décide de prélever des fonds dans le budget de la santé mentale en espérant que personne ne le remarquera! Sachez que nous avons documenté le fait qu'au moins 2 000 malades mentaux ont connu l'itinérance au Québec au cours des cinq dernières années. Ces chiffres sont étayés par une enquête faite par le gouvernement lui-même, tandis qu'à la même époque, la province réduisait de 3 000 le nombre de lits destinés aux malades mentaux. C'est écrit noir sur blanc ici même.

Que ce soit au palier provincial ou au palier régional, comme pour la région de Montréal, la création d'un poste de commissaire et peut-être la création d'autres liens ou d'autres aidants, dans d'autres structures semblables, pourraient servir aussi à protéger les budgets locaux. Je sais, par exemple, que dans la région de Montréal, certains proposent d'avoir des programmes comme les programmes américains que j'ai décrits tout à l'heure, mais que d'autres encore affirment que c'est impossible faute de fonds, étant donné que les fonds servent à d'autres projets dans la région de Montréal.



I do not have much more to say about that. However, I wanted to mention that I personally would like to see the computerized patient record happen as quickly as possible. In my work, I find that I spend a few hours a week just writing letters to other doctors, saying "Here is the medication this person is taking," because the patient is not sufficiently well organized to know that himself.

If somebody has a psychiatric consultation and there could be some mechanism whereby the person can authorize another doctor or health professional to see the text of that, it might reduce a lot of waste in the system.

We have a few patients whom I follow who will go to a hospital emergency room from time to time, claim to be somebody else and say that they are on certain medications, which they are not. To me, it is more than an abuse; it is a danger to their lives. I hope I have addressed what you asked me to.

**Senator Keon:** Dr. Lalonde, would you try to build on what the other two speakers have said and speculate on what kind of organization could bring together the existing resources and, of course, provide the new resources that Dr. Roy was talking about? What kind of organization could bring together the resources that we have, plug the holes and create continuity?

[Translation]

**Dr. Lalonde:** I find it rather difficult to answer because I am more used to health care organization than to larger organizations. I would say more or less what Dr. Israël said. One of the main factors is communication among various interveners and mutual respect among them.

As specialists, I do not think that we should stand up like people who know everything and who will show others how to proceed. This must go both ways. Everyone is a bit jealous of his turf.

In our Quebec system, which is the one I know best, there are all kinds of organizations defending their turf, their types of interventions, and they are not very inclined to communicate with the others.

How can we bring these people to communicate among themselves? This must be done on both sides. Skills must be put to good use. Of course, psychiatrists have done all kinds of things, including tasks that could be delegated, but as there is no one else to do them, they have to do them. There is a shortage of psychiatrists. I would not want to have too many psychiatrists, but there is a severe shortage of other interveners.

Earlier, I mentioned the 1st and 2nd lines and the people on the teams with which I work. I would be able to treat more youths in the initial stages of schizophrenia if I had a larger team for

Je ne peux pas vous en dire beaucoup plus. Je tiens toutefois à ajouter que je voudrais personnellement voir se concrétiser le plus rapidement possible l'informatisation des dossiers des patients. Dans le cadre de mon propre travail, il m'arrive de consacrer quelques heures par semaine à écrire à d'autres médecins pour leur expliquer quels sont les médicaments que doit prendre telle ou telle personne, parce que le patient en question n'est pas suffisamment organisé pour prendre lui-même ses médicaments.

Si, dans le cadre d'une consultation psychiatrique, il devenait possible d'autoriser un autre médecin ou un autre professionnel de la santé à voir le texte du rapport de consultation, cela permettrait de gagner beaucoup de temps.

Certains de mes patients se présentent parfois à l'urgence d'un hôpital en prétendant être quelqu'un d'autre et en affirmant être traités à l'aide de certains médicaments, ce qui est faux. À mes yeux, ces gens-là font plus qu'abuser de médicaments, car ils mettent en danger leur propre vie. J'espère avoir répondu à votre question.

**Le sénateur Keon:** Docteur Lalonde, pourriez-vous rajouter quelque chose à ce que vos deux autres collègues ont dit et spéculé quant au type d'organisation qui pourrait rassembler les ressources existantes et qui pourrait évidemment fournir les nouvelles ressources dont a parlé la Dre Roy? Quel type d'organisation pourrait, je répète, regrouper les ressources déjà existantes tout en comblant les lacunes et en assurant la continuité?

[Français]

**Dr Lalonde:** Il est un peu difficile pour moi de répondre parce que je suis plus habitué dans l'organisation des soins que des organisations plus larges. J'abonderais un peu dans le sens de la Dre Israël. Un des éléments importants est la communication entre les différents intervenants et le respect des uns vis-à-vis des autres.

Je ne pense pas qu'il faille, en tant que spécialistes, se présenter comme des gens qui connaissent tout et qui vont enseigner à d'autres comment faire. Il faut le faire dans les deux sens. Chacun est un peu jaloux de son territoire.

Dans notre système au Québec, celui que je connais le mieux, il y a toutes sortes d'organismes et d'organisations qui défendent leur territoire, leur type d'interventions et qui sont peu portés à communiquer avec les autres.

Comment faire pour que ces gens communiquent entre eux? Il faut le faire des deux côtés. Il faut utiliser au mieux les compétences. Il est vrai que les psychiatres ont fait toutes sortes de choses, y compris des choses qui pourraient être déléguées, mais comme il n'y a personne pour les faire, on est obligé de les faire. Il y a une pénurie de psychiatres. Je ne veux pas qu'il y ait trop de psychiatres, mais il y a une pénurie grave d'autres intervenants.

Je parlais tantôt des 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> lignes et des gens des équipes avec qui je collabore. Je serais capable de traiter plus de jeunes en début de schizophrénie si j'avais une plus grande équipe pour la

rehabilitation. Rehabilitation takes more time than evaluation, instruction and the prescription of drugs. This kind of collaboration needs to be set up.

Let me conclude on this point: attitudes must change before collaboration can come about, because it is relatively easy to deal with concepts. It is more difficult to learn to change our attitudes.

[English]

**Senator Keon:** Dr. Leclerc, you were emphasizing the tremendous waste that occurs in the system because people do not go back to work, because we are not investing in trying to get people back to work and do not have the facility to get them back to work. Again, it seems to me that this is because of a lack of overall organization, and some of these things should be addressed early on. You should have resources at your disposal whereby perhaps government could even pay somebody to work in an organization just so they are working. There are philanthropic organizations in America that do that.

Would you comment on what you think the bigger system could do?

[Translation]

**Mr. Leclerc:** I do not think that it is solely up to the State to help persons go back to work. I think that this should be done collectively. Earlier, I said that the first reaction of employers, when dealing with employees with mental health problems was to say: let us get rid of him.

Nonetheless, these people have useful expertise more often than not, and we are depriving our community of that wealth.

Unions, which should normally come to the defence of employees, often have a very hard time with the mentally ill. I think that in order to avoid waste, we should endeavour to support these organizations by informing them and raising their awareness with regard to mental illness.

There is another aspect: if the insurance companies, which invest vast sums of money, would take a preventive approach rather than an approach based on employment termination, I think that community funds could be put to better use in order to help persons with mental health problems.

We should not think that everyone is able to hold down a job or that everyone is able to go back to work; we must be realistic. If we do not intervene early on, it costs a fortune to all concerned. There is a drastic impact, more often than not they are reduced to dependency, which is quite the opposite of what we seek.

réadaptation. La réadaptation prend plus de temps à faire que l'évaluation, l'enseignement et la prescription de médicaments. Il s'agit d'instituer cet aspect de collaboration.

Je veux conclure là-dessus: il faut un changement d'attitude pour en arriver à la collaboration, parce qu'enseigner des notions, ce n'est pas si compliqué que cela. Apprendre à modifier nos attitudes, c'est plus difficile.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Monsieur Leclerc, vous soulignez le gaspillage énorme qui survient dans le système du simple fait que des malades ne retournent pas au travail et parce que nous n'investissons pas suffisamment pour aider ces gens à retourner sur le marché du travail, faute de moyens pour le faire. Cela me semble, encore une fois, illustrer un manque d'organisation général; certaines de ces lacunes devraient être comblées dès le départ. Vous devriez avoir à votre disposition des ressources et le gouvernement devrait peut-être songer à verser un salaire à quelqu'un qui oeuvrerait au sein d'une organisation pour faciliter le retour au travail. Après tout, il y a des organisations philanthropiques qui font cela en Amérique.

À votre avis, que pourrait faire cette plus grande organisation?

[Français]

**M. Leclerc:** Je ne pense pas que c'est uniquement la responsabilité de l'État de supporter la personne par rapport à la reprise au niveau du travail. Je pense que c'est une approche de collectivité. Tout à l'heure, je disais que le réflexe premier des employeurs, face aux gens qui ont un emploi ayant une problématique de santé mentale, était de dire: on va s'en départir.

Pourtant, ces gens-là ont une expertise intéressante, plus souvent qu'autrement, et on se prive d'une richesse au niveau de notre collectivité.

Les syndicats qui, normalement, sont censés défendre l'employé, sont souvent très mal pris par rapport à des gens souffrant de maladie mentale. Je pense qu'on aurait tout intérêt, à mon avis, si on veut éviter du gaspillage, à supporter ces organisations en termes d'information et de sensibilisation par rapport à la maladie mentale.

Un autre aspect: si les compagnies d'assurance, qui investissent énormément d'argent, pouvaient travailler avec une approche de prévention plutôt que de prime de séparation, cela permettrait, à mon avis, de mieux utiliser les fonds de la communauté pour aider les personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale.

Il ne faut pas penser que tout le monde est capable de maintenir un emploi et que tout le monde est capable de retourner à l'emploi; il faut être réaliste. Si on n'intervient pas de façon précoce, cela coûte une fortune auprès des personnes concernées. L'impact est phénoménal, on les rend dépendant plus souvent qu'autrement et c'est tout à fait à l'opposé de nos priorités.



We must ensure that our people resume their role in society. And what does resuming one's role in society mean? First, it means a place of work, and a job description, and so forth. One should not depend on a welfare check to pay the bills at the end of the month.

I think that the State does have a role to play in this, but the population and the private sector also have a role to play in all these things.

[English]

**Senator Keon:** I agree. Thank you.

Now, Dr. Roy, you are addressing the tremendously important issue of the manpower shortage. I was an educator for a long time, and in retrospect, I think I did it wrongly because I did not look at people around me. I was too focused on training the perfect heart surgeon. I think what is needed in specialty training is not only the training of the specialist, but also training that specialist to interface with the whole army of health professionals out there. What kind of system would allow you to approach that?

**Dr. Roy:** Well, I suppose it is a matter of survival. We cannot train our residents in psychiatry to work on their own. They have to work as a part of an interdisciplinary team. We are not talking anymore about multidisciplinary teams, but interdisciplinary, where everybody is an expert on something. We could also put forward models of psychiatrists who work comfortably with teams, but also are able to manage a patient through members of the team, meaning that one team member would be the primary care staff person for that patient. That could be very useful.

What else could we do? There is also shared care. I presume you have heard about that in previous meetings. We do not teach this enough because we do not have that many teachers who are practising shared care. For instance, at the Université de Montréal we have 225 professors, and only one or two would be comfortable teaching shared care. Shared care requires good family doctors trained in working on the other side of that shared care. These days, it is very complicated. I do not know if it is the same in other places as in Montreal — Toronto must have the same problem — where people cannot find a family doctor.

Someone who called a clinic in Montreal yesterday was told, "We are not taking new cases any more." If you want to have shared care, you need somebody on the other side of things.

**Senator Keon:** It is a big problem everywhere. Thank you very much.

Nous devons faire en sorte que nos gens reprennent leur place dans la société. Reprendre leur place dans la société, qu'est-ce que cela veut dire? La première des choses, c'est: où travaillez-vous? Quel emploi faites-vous? Et ainsi de suite. Il ne s'agit pas de dépendre sur un chèque d'aide sociale pour pouvoir couvrir les dépenses du mois.

Je pense qu'il y a une participation de l'État, mais il y a une participation aussi de la population et une participation des structures privées dans tout cela.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** D'accord. Merci.

Docteur Roy, vous avez mentionné cet énorme problème que constitue la pénurie de main-d'œuvre. J'ai été pendant longtemps un éducateur, et en rétrospective, je pense que je m'y suis mal pris parce que je ne regardais pas ceux qui m'entouraient. J'étais trop concentré sur mon objectif de former le parfait cardiochirurgien. Or, lorsque l'on parle de formation spécialisée, il faut non seulement former le spécialiste, mais également lui enseigner à traiter avec toute cette armée de professionnels de la santé qui se trouvent à côté. Quel type de système vous permettrait de le faire?

**Dre Roy:** Je suppose que c'est une question de survie. Nous ne pouvons former nos résidents en psychiatrie à faire complètement cavaliers seuls; ils doivent faire partie d'une équipe interdisciplinaire. Nous ne parlons plus aujourd'hui d'équipes multidisciplinaires, mais plutôt d'équipes interdisciplinaires, qui regroupent plusieurs experts dans divers domaines. Nous pourrions également proposer des modèles de regroupement dans lesquels des psychiatres seraient très à l'aise pour travailler en équipe mais seraient également capables de traiter des patients par le truchement d'autres membres de l'équipe; autrement dit, un des membres de l'équipe constituerait le point de contact clé du patient pour les soins primaires. Cette solution pourrait être très utile.

Quoi d'autre? Il existe aussi la formule des soins partagés dont vous avez probablement entendu parler lors des séances précédentes. Nous ne l'enseignons pas suffisamment parce que trop peu de médecins enseignants pratiquent eux-mêmes la prise en charge conjointe du patient. À l'Université de Montréal, par exemple, nous comptons 225 professeurs mais seulement un ou deux d'entre eux seraient assez à l'aise pour enseigner la formule du partage des soins. En effet, le partage des soins implique qu'il y a de bons médecins de famille qui ont été formés dans le travail interdisciplinaire avec des spécialistes de l'autre volet des soins de santé. Aujourd'hui, c'est très compliqué. Je ne sais si le problème se pose ailleurs qu'à Montréal — j'imagine que c'est la même chose à Toronto — mais des tas de gens ne peuvent se trouver de médecin de famille.

Hier, quelqu'un qui appelait une clinique à Montréal s'est vu répondre que la clinique ne prenait plus de nouveaux patients. Or, si l'on veut préconiser la prise en charge conjointe du patient, il faut trouver des intéressés du côté des spécialistes et du côté des non-spécialistes pour partager les soins.

**Le sénateur Keon:** C'est un grave problème partout. Merci beaucoup.

## [Translation]

**Senator Morin:** Let me put a single question to the entire group, on the very important matter just raised by Senator Keon, namely the issue of primary care, which seems important to me.

What struck me in what you said is that this is really the only specialized field where specialists spend so much time in following up their patients. In all other specialties, there is a consultation, the patient is referred to his primary care physician, and that is all. I think that this might not be the most efficient way to use resources.

I know that this issue was already raised, but I would like to know what your group thinks about this matter. Incidentally, Doctor Roy, if you were at Laval, you would have been made a research associate long ago. I do not understand this, given all the responsibilities you have for residency training in psychiatry, as the Canadian president. I think I should write a letter to your dean, because this is not normal!

Seriously — of course I mean this as a joke — is there a problem with the skills of family doctors, are family doctors uninterested in psychiatric matters? Are they apprehensive about that kind of patient?

I think that there is a problem. And I would like to investigate this. If psychiatrists could be relieved of a large part of the follow-up work on their patients — and I do not mean in psychoanalysis, I understand that psychoanalysis is a different issue — psychiatrists would be free to do other things to improve conditions.

I would also like to deal with the way primary care is given. For instance, it was interesting to note that Dr. Lalonde, in his brief, made no reference to the current new model for primary care that was recommended in our report, as well as in the Romanow report and the Clair report — it was recommended everywhere — that is, the new multidisciplinary teams for primary care, which are now being set up here in Quebec, in Ontario, in British Columbia and nearly everywhere, and in which all governments have made substantial investments.

It is interesting to note that your primary care includes all kinds of things: there are CLSCs, private clinics and community resources. But we do not hear much about these new multidisciplinary teams which, in my opinion, are at the very basis of health care reform in Canada.

Could not psychiatry and the treatment of mental patients be included in this care, for the follow-up as well as rehabilitation and so forth? Is this necessary for Primary Assertive Community Treatment, or PACT? Could this work not be done by primary care teams such as the ones currently being set up with much difficulty, as you know, across the land, and which are facing all kinds of resistance?

## [Français]

**Le sénateur Morin:** Je voudrais poser une seule question à l'ensemble du groupe, sur le sujet très important qu'a soulevé le sénateur Keon, la question des soins de 1ère ligne, qui me paraît importante.

Ce qui est frappant en vous écoutant, c'est que c'est vraiment la seule spécialité où le spécialiste consacre autant de temps sur le suivi de ses malades. Si on regarde toutes autres spécialités, il y a une consultation, le patient est envoyé à son médecin de 1ère ligne et c'est terminé. Il y a là, à mon avis, une utilisation de ressources qui n'est peut-être pas aussi efficace qu'elle devrait l'être.

Je sais que cette question a été soulevée, mais j'aimerais connaître les opinions possiblement de votre groupe à ce sujet. Incidemment, docteur Roy, si vous étiez à Laval, vous seriez agrégée depuis longtemps. Je ne peux pas comprendre vu les responsabilités que vous avez dans le programme de formation en résidence en psychiatrie, présidente au niveau canadien. Je pense que je vais écrire à votre doyen, ce n'est pas normal!

Sérieusement — c'est une blague évidemment — est-ce que c'est un problème de compétence de la part des médecins de famille, est-ce que c'est un désintéressement des médecins de famille vis-à-vis la question psychiatrique? Est-ce que c'est une question d'inquiétude vis-à-vis ce genre de patients-là?

Je pense qu'il y a là un problème. Puis j'aimerais peut-être qu'on puisse questionner cela. Si on pouvait libérer les psychiatres d'une partie importante du suivi des patients qu'ils traitent — on n'est pas en psychanalyse, je comprends qu'en psychanalyse, c'est une autre histoire — les psychiatres pourraient faire d'autres choses qui pourraient améliorer la situation.

Je voudrais aussi parler de la question du lieu des soins de première ligne. Par exemple, il était intéressant de voir que le Dr Lalonde, dans son mémoire, ne fait pas allusion à ce qui est actuellement le nouveau modèle de soins de 1ère ligne qu'on a recommandé dans notre rapport, qui a été recommandé dans le rapport Romanow et dans le rapport Clair, qui est recommandé partout, qui sont ces nouvelles équipes multidisciplinaires de soins de 1ère ligne, qui sont en train d'être installées ici au Québec, en Ontario, en Colombie-Britannique et un peu partout, et dans lesquelles tous les gouvernements ont investi de façon importante.

Il est intéressant de voir que dans votre 1ère ligne, il y a de tout: il y a des CLCS, des cliniques privées et des ressources communautaires. Mais on ne parle pas de ces nouvelles équipes multidisciplinaires, qui, à mon avis, sont la principale base de la réforme de soins de santé au Canada.

Est-ce que la psychiatrie et le malade mental ne pourraient pas s'intégrer dans ces soins-là, autant pour la question du suivi, pour la question de réadaptation et ainsi de suite? Est-ce que c'est nécessaire pour les PACT, pour les Primary Assertive Community Treatment? Est-ce que cela ne pourrait pas se faire au niveau des équipes de 1ère ligne qu'on est en train d'installer avec beaucoup de difficultés, comme vous le savez, à travers le pays, et qui se heurtent à toutes sortes de résistances?



And, moreover, if community care could be included in this for mental patients, it would be another step forward.

**Dr. Lalonde:** In fact, I did not mention the primary care teams, because in Quebec, to some extent, they are replaced by what we call CLSCs. But I do not know exactly what you mean by primary care teams.

**Senator Morin:** They are currently being set up. There are about 20 of them.

**Dr. Lalonde:** In Quebec, we have what are called groups of family doctors, family medicine groups, and I know that an investigation was carried out in Montreal. It did not cover all of Quebec, but there was an investigation in Montreal, asking general practitioners whether family physician groups had any importance for them.

About 5 per cent of them said that they were very important. Thus, in fact, there is either lack of knowledge, a lack of interest, or a lack of open-mindedness among the doctors with regard to this.

Perhaps the physicians working in Montreal — research was done on the age of these physicians — are older and do not want to change their current practice. Perhaps younger doctors will have to go through a renewal process in order to open up to multidisciplinary work, as Dr. Roy said.

Let me come back to what Dr. Wilkins said. Primary care work opens the doors to many more people, but training is also needed.

Primary care work cannot be done at random. It takes a certain amount of training, of education, as well as the ability to intervene while knowing when one must refer to a higher level to meet the needs of patients.

At the Louis-H. Lafontaine Hospital where we work, we have an equivalent to what Dr. Farquhar called PACTs, or ACTs; we call them SIMs: suivi intensif dans le milieu (intensive follow-up in the community). For nearly two years, I have been working together with people who do intensive follow-up work in the community.

I have two comments about this matter. Most of the SIM teams, work with 10 to 12 patients. This can be convenient when they make 2, 3 or 4 visits a week. Often, they are deterred by the fact that no more than 12 patients can be admitted, but nonetheless, they only make one visit every two weeks.

We should be looking at the number of visits rather than at the number of patients. Secondly, training is also involved; these people have plenty of good will, but they intervene according to the level of their training. You can rest assured that when dealing with schizophrenic patients like the ones I treat, it takes something more than just good will.

Si, en plus de cela, on pouvait y inclure les soins communautaires pour les patients souffrant de maladie mentale, cela serait un coup de pousse additionnel.

**Dr Lalonde:** En effet, je n'ai pas parlé des équipes de 1<sup>ère</sup> ligne, parce qu'au Québec, dans une certaine mesure, elles sont peut-être remplacées par ce qu'on appelle les CLSC. Mais je ne connais pas exactement la nature des équipes de 1<sup>ère</sup> ligne que vous mentionnez.

**Le sénateur Morin:** On est en train des mettre sur pied actuellement. Il y en a une vingtaine.

**Dr Lalonde:** Au Québec, on a ce qu'on appelle les groupes de médecins de famille, les groupes de médecine familiale, et je suis au courant qu'il y a eu une enquête à Montréal. Ce n'était pas pour l'ensemble du Québec, mais qu'il y a eu une enquête à Montréal, où on demandait aux omnipraticiens quelle importance ils accordaient aux groupes de médecine de famille.

À peu près 5 p. 100 ont dit que c'était très important. Donc, effectivement, il y a soit une méconnaissance, soit un manque d'intérêt, soit un manque d'ouverture des médecins pour cet aspect-là.

Peut-être que les médecins qui travaillent à Montréal — on a fait des recherches sur l'âge de ces médecins —, sont plus âgés et ils ne veulent peut-être pas changer leur pratique maintenant. Cela prendra peut-être tout un renouvellement chez les jeunes médecins pour qu'ils s'ouvrent à la multidisciplinarité, comme le disait la Dre Roy.

Je reviens à ce que disait le Dr Wilkins. Faire de la 1<sup>ère</sup> ligne, cela ouvre les portes pour accueillir beaucoup plus de monde, mais il y a aussi une question de formation.

Il ne s'agit pas de faire n'importe quoi en 1<sup>ère</sup> ligne. Cela demande un niveau de formation, d'éducation, puis de capacité d'intervenir et de savoir quand il est nécessaire de référer à une ligne supérieure et pour pouvoir répondre aux besoins de ces patients.

À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine où on travaille, on a l'équivalent de ce que le Dr Farquhar appelait les PACT ou les ACT; et cela s'appelle les SIM: suivi intensif dans le milieu. Cela fait à peu près deux ans que je collabore avec des gens qui font du suivi intensif dans le milieu.

J'ai deux remarques à faire à ce sujet. Dans la plupart des équipes, les SIM, on alloue une dizaine de patients, entre dix et douze patients. Cela peut être convenable quand ils font deux, trois ou quatre visites par semaine. Souvent, ils se bloquent sur l'aspect qu'on ne peut pas prendre plus que douze patients et pourtant, ils ne font qu'une visite à tous les quinze jours.

Il faudrait plutôt compter le nombre de visites que le nombre de patients. Deuxièmement, c'est aussi une question de formation, ces gens sont pleins de pleine bonne volonté, mais ils interviennent selon leur niveau de formation. C'est sûr que quand on s'adresse à des patients schizophrènes comme ceux que je soigne, cela demande un peu plus que de la bonne volonté.

*[English]*

**Dr. Roy:** To go back to your first question, I think that there is reluctance from the psychiatrists' point of view and also from the general practitioners' point of view. For these reasons, we do much more first-line work than we should.

There is a tradition in our system whereby we work mainly through the relationships we have built with the patients over the years, so it is difficult in our line of work to see someone for the first time for a few minutes. In one pattern of practice, a psychiatrist meets with the patients two or three times and then they go back to the primary caregiver. Then at the other end of the spectrum, you have somebody who can take only one new case every two or three months because his caseload is too heavy.

We need to think about levels of care. At one end, you have a quick consultation, you have patients that stay on your caseload forever, and you have patients whom you would see, let's say, every six months and the rest of the time the family doctor will see them on a regular basis and call you once in a while to say that someone is getting worse. "What should we do?"

There is a tradition among some psychiatrists of working mainly with the same patients and the same caseload all the time, because that is how they were taught to do things. Also, they feel that the special relationship they have with their patients is something that they need to build on, and it is quite easy for them, when they see their patients getting sick again, to figure out what to do very quickly, because they have seen the patient acutely ill four or five times before. That is one important reason.

On the other hand, for the family doctors, there are certainly problems related to their training. There is also a major obstacle related to funding, how they are paid by the health care system. You can deal much faster with a patient with a physical illness than one with a mental health problem. You would have to spend perhaps half an hour or an hour on the same patient.

*[Translation]*

**Senator Morin:** I understand your explanations as well as those of Dr. Lalonde. But having specialists give primary care is certainly not a good way to use resources. I understand all the reasons, either they are not qualified, or they are not willing, because they lose money, and so on and so forth.

Nonetheless, we should at least try to have primary care given by primary care physicians so that 3rd line care is administered by 3rd line physicians. But this does not seem to meet with your approval, you seem to prefer the status quo.

*[Traduction]*

**Dre Roy:** Pour revenir à votre première question, je pense que l'hésitation à opter pour cette formule vient à la fois des psychiatres et des généralistes. Et c'est pour cela justement que nous effectuons beaucoup plus de travail de première ligne que nous ne le devrions.

Dans notre système, et ce, par tradition, nous aimons bâtir des liens au fil des ans avec nos patients, de sorte qu'il est difficile pour nous dans notre spécialité d'accepter de voir quelques minutes à peine quelqu'un pour la première fois. Dans un des modes de fonctionnement, le psychiatre rencontre ses patients deux ou trois fois, puis les renvoie à ceux qui dispensent les soins primaires. À l'autre extrême, il y a l'autre mode de fonctionnement, qui est celui du spécialiste qui ne peut assumer qu'un nouveau cas tous les deux ou trois mois parce que sa charge de travail est trop lourde.

Nous devons réfléchir aux niveaux de soins. À une extrémité, il y a la consultation rapide et les patients qui restent à votre charge indéfiniment, alors qu'à l'autre, il y a des patients que vous voyez environ tous les six mois mais qui consultent le reste du temps leur médecin de famille qui les reçoit régulièrement et qui vous appelle de temps en temps pour vous informer que l'état de santé de tel ou tel patient s'empire. Quelle méthode choisir?

Certains psychiatres choisissent traditionnellement de travailler principalement avec les mêmes patients et de garder constamment la même charge de travail, parce que c'est ainsi qu'ils ont appris à fonctionner. De plus, ils ont l'impression qu'ils doivent nourrir ces liens particuliers qu'ils ont développés avec leurs patients, et lorsqu'ils voient leur état de santé empirer, il leur est alors très facile de décider comment réagir et quoi faire, parce qu'ils les ont déjà vus quatre ou cinq fois auparavant gravement malades. C'est une des raisons.

Par ailleurs, il y a du côté des médecins de famille sans aucun doute des problèmes liés à leur formation, sans parler de l'obstacle considérable que représente le financement, c'est-à-dire la façon dont ils sont indemnisés par le système de soins. C'est parce qu'il est beaucoup plus facile de traiter un patient qui présente un problème physique qu'un patient qui présente un problème de santé mentale. Dans ce dernier cas, il faut lui consacrer d'une demi-heure à une heure.

*[Français]*

**Le sénateur Morin:** Je comprends vos explications et celles du Dr Lalonde. Mais ce n'est sûrement pas une bonne utilisation des ressources que de faire administrer des soins de 1<sup>ère</sup> ligne par des spécialistes. Je comprends toutes les raisons, qu'ils ne sont pas compétents, puis qu'ils ne veulent pas, puis que ce n'est pas payant, et tout ce que vous voulez.

Le fait demeure qu'on devrait au moins viser à ce que les soins de 1<sup>ère</sup> ligne soient faits par des médecins de 1<sup>ère</sup> ligne et que les soins de 3<sup>e</sup> ligne soit faits par les médecins de 3<sup>e</sup> ligne. Enfin, cela ne semble pas avoir de résonance parmi vous autres, vous semblez vouloir défendre le statu quo.



**Dr. Roy:** Oh no, we are not defending the status quo. Obviously, we need different levels of care and we need to work together. And it is a very interesting challenge to work on the 3rd line, and when I work at Pinel, I should say that I am working on the 4th line: the people who come to consult me are psychiatrists. Of course, when people come to see me as a last resort, they have very complicated questions. In such cases, I figure that four or five others have already had problems with the patient now sitting before me.

I have to investigate much more deeply. I think that we will have to adapt the system so as to do this work as efficiently as possible.

**Mr. Leclerc:** For the past three years, the Louis-H. Lafontaine hospital has endeavoured to transfer patients to general practitioners in the community. I was looking for 350 persons who would be ready to be cared for by a general practitioner. It was impossible to find them, although I consulted universities, private clinics and CLSCs.

In terms of front-line services to accommodate patients — in Quebec it is the CLSC — there is absolutely no accessibility here. It is clear that patients are not eligible for CLSC services. This is a second problem.

Third, in Montreal, there are plans to develop clusters of family doctors. Last week, it was confirmed that there will only be three of these, and in the east there will be none at all.

[English]

**Dr. Farquhar:** If I may speak, Senator Morin, I agree with your thinking that we can get more for our money, and the way to do that is by case management.

You would not tell somebody who has trained as a hospital administrator to go and clean the bathrooms for 10 years. That would be crazy. It is the same with utilization of doctors and psychiatrists. We do not need an M.D. or a psychiatrist to do psychotherapy for a depressed person. If you have a B.A. in psychology, some on-the-job training and some other types of quality assurance, and you are in a team supervised by a doctor, one doctor will seem to produce an enormous amount of work. Just as we are seeing in the United States an explosion in this category of worker called the "case manager," who is not necessarily highly trained at the beginning.

If, in Quebec, we suddenly got back that \$130 million for mental health, how would we spend it? I would suggest spending it mostly for new case managers, and some on new secretaries,

**Dre Roy:** Oh! non, on ne défend pas le statu quo. On a besoin des différents paliers de soins, on a besoin de travailler en collaboration avec d'autres, c'est clair. Et c'est un défi très intéressant de travailler en 3<sup>e</sup> ligne, et quand je travaille à Pinel, je peux dire que je travaille en 4<sup>e</sup> ligne: les gens que je vois en consultation, ce sont des psychiatres. C'est sûr que quand les gens m'arrivent, et que je suis au bout de la chaîne, ils posent des questions très compliquées. Puis là, je me dis qu'il y en a quatre ou cinq autres qui se sont cassés la tête sur le même patient avant que cette personne arrive devant moi.

Je suis obligé de fouiller et d'aller beaucoup plus loin. Je pense qu'on va devoir pousser sur le système pour que cela puisse se faire de la façon la plus rentable possible.

**M. Leclerc:** Depuis trois ans, on a entrepris, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, des démarches pour transférer des patients à des médecins généralistes dans la communauté. Entre autres, je cherchais moi-même 350 personnes qui étaient prêtes à être prises en charge par un omnipraticien. Impossible à trouver, malgré une consultation auprès des universités et auprès des cliniques privées et des CLSC.

D'autre part, en ce qui concerne le réseau d'hébergement, pour la prise en charge par la 1<sup>re</sup> ligne — pour nous c'est le réseau des CLSC —, il n'y a aucune accessibilité. C'est clair, les patients ne peuvent recevoir des services des CLSC. C'est un deuxième problème.

Troisièmement, à Montréal, on parle de développer des groupes de médecins de famille. La semaine dernière, on a eu la confirmation qu'il y en aura trois seulement, et parmi les trois, il n'y en aura aucun dans l'Est.

[Traduction]

**Dr Farquhar:** Me permettez-vous d'intervenir, sénateur Morin? Je suis d'accord avec vous lorsque vous dites que nous pouvons rentabiliser nos investissements, et la façon de faire c'est en gérant les cas.

On ne peut pas demander à celui qui a été formé comme administrateur d'hôpital d'aller nettoyer les salles de bains pendant 10 ans. Ce serait complètement fou. Il en va de même pour l'utilisation des médecins et des psychiatres. Il n'est nullement nécessaire d'avoir un médecin généraliste ou un psychiatre pour traiter en psychothérapie quelqu'un qui est déprimé. Si vous avez un baccalauréat en psychologie, un peu de formation sur le tas et quelqu'un qui s'assure de la qualité de votre travail, et si de plus vous faites partie d'une équipe chapeautée par un médecin, vous pourrez faire l'affaire. Et il semblera à tous que le médecin chapeautant l'équipe est extrêmement productif. On assiste justement aux États-Unis à une explosion de cette catégorie de travailleurs que l'on appelle les gestionnaires de cas, et qui n'est pas nécessairement l'élite professionnelle au départ.

Comment dépenserions-nous les fonds si, au Québec, nous parvenions à récupérer du jour au lendemain les 130 millions de dollars dont on a parlé pour la santé mentale? Je suggérerais de

because there are a lot of psychiatrists who, after a consultation, write as if they were in the 19th century.

**The Chairman:** Are you serious?

**Dr. Farquhar:** I am afraid so.

**The Chairman:** On top of that, nobody can read the writing.

**Dr. Farquhar:** That is right, so then a secretary might retype the report.

I am on a committee at my hospital looking at that and we found that we do not have enough capacity for dictation and transcription, which is why people do not use it and write as if they were in the 1850s. Thanks for listening.

**The Chairman:** I have to tell you that the members of this committee are learning interesting facts about the mental health system that border on the kinds of things we use to read in "Ripley's Believe It or Not."

**Dr. Israël:** Dr. Farquhar is using the term "case manager," but I would like to return to the idea I presented about the mental health workers. Going back to what Senator Morin was saying, is the principle of creating interdisciplinary teams within the first line, so that the family physicians do not have to learn to be psychiatrists, but are assisted by people who have the training to deal with mental health problems on the front line. You have to make a distinction between the severe and the persistent problems, which are a small percentage that require specialized services. Maybe one day in the distant future, when the front-line people feel more comfortable with our patients, they can take them when they are stable. However, what about the large proportion of patients who present with acute transient problems, with depressions that can be treated in a few months? Think of coupling a G.P. with a mental health worker who can also do an evaluation and provide the therapy, or the G.P. just prescribing the medication. I think this would be a good way of using our health care dollars.

Dr. Kates from McMaster University published a paper last year in the Canadian journal in which he demonstrated that introducing counsellors into primary care did help patients do better. They did better not just in terms of health problems that were identified as such, but in terms of other problems that impact on the physical health of our citizens and which are not being addressed because people pursue the medical model and prefer to ignore the other dimension.

**The Chairman:** Dr. Israël, when you say a "counsellor," what do you mean? A psychologist, social worker or whatever?

dépenser la somme en particulier à recruter de nouveaux gestionnaires de cas, à qui on associerait quelques nouvelles secrétaires, puisque beaucoup de psychiatres rédigent leurs rapports de consultation, comme si l'on était encore au XIX<sup>e</sup> siècle.

**Le président:** Vous n'êtes pas sérieux?

**Dr Farquhar:** Si, je le crains.

**Le président:** En plus, c'est illisible.

**Dr Farquhar:** C'est sûr, et c'est pourquoi la secrétaire doit retaper son rapport.

Je fais partie d'un comité à mon hôpital qui se penche sur ce problème, et nous avons constaté que nous n'avions pas suffisamment de capacité de dictée ou de transcription, et que c'est la raison pour laquelle nos médecins ne faisaient pas appel aux secrétaires, et rédigeaient leurs rapports comme au XIX<sup>e</sup> siècle. Merci de votre écoute.

**Le président:** Je dois avouer que les membres du comité sont en train d'entendre des choses très intéressantes au sujet du système de soins de santé et que ce que nous apprenons frise l'incroyable, comme ce que l'on peut lire sur le ouëbe.

**Dre Israël:** Le Dr Farquhar utilise l'expression «gestionnaire de cas», mais j'aimerais revenir à l'idée que j'ai exposée au sujet des intervenants en santé mentale. Pour revenir aux propos du sénateur Morin, il s'agit de créer des équipes interdisciplinaires parmi les intervenants de première ligne, de manière à ce que les médecins de famille n'aient pas à devenir des psychiatres, mais qu'ils soient plutôt secondés par des gens ayant la formation voulue pour intervenir d'entrée de jeu auprès des personnes atteintes de troubles mentaux. Il faut distinguer les problèmes graves des problèmes persistants, lesquels sont peu nombreux et nécessitent des soins spécialisés. Il se pourrait qu'un jour, quand les intervenants de première ligne se sentiront plus à l'aise avec nos patients, qu'ils puissent les prendre en charge quand ils sont stables. Cependant, qu'en est-il de la forte proportion de malades qui présentent des problèmes transitoires aigus, des dépressions qui peuvent être traitées en quelques mois? Un omnipraticien pourrait travailler en tandem avec un intervenant en santé mentale qui ferait l'évaluation et offrirait la thérapie, ou l'omnipraticien pourrait simplement prescrire les médicaments. Je pense que les fonds consacrés aux soins de santé seraient alors bien utilisés.

Dans un article paru l'année dernière dans une revue canadienne, le Dr Kates de l'Université McMaster a prouvé que l'intégration de thérapeutes dans le secteur des soins primaires avait effectivement un effet bénéfique sur le patient. L'issue de leur intervention est meilleure non seulement en ce qui concerne les problèmes de santé clairement identifiés, mais en ce qui concerne d'autres difficultés qui se répercutent sur la santé physique de nos citoyens et dont on ne s'occupe pas parce qu'on applique le modèle médical et on préfère faire abstraction de l'autre dimension.

**Le président:** Docteur Israël, qu'entendez-vous par «thérapeute»? Un psychologue, un travailleur social ou un autre type d'intervenant?



**Dr. Israël:** It could even be someone with a technical degree. For instance, in Quebec we have “techniciens en travail social.” They study for three years after high school.

**The Chairman:** At a CEGEP, typically?

**Dr. Israël:** Yes. There has to be some kind of supervised clinical experience, and so on.

**Senator Cordy:** Thank you to all of you for taking the time today, because I know you are all busy, just from the things that you have stated.

Staying with Senator Morin’s line of questioning, Dr. Israël, you talked about the “silos,” and on our very first day of hearings we heard from a lady who has bipolar disorder about the number of times that she had to retell her story. Every time she saw somebody new, she had to retell the story. She talked about the difficulties that that created for her with her illness, just having to keep reliving it. We talked earlier about lack of communication. We have talked about electronic patient records, which would help in passing along information, and about case management, primary health care teams and counsellors, which we just mentioned.

What we have now is fee for service. Doctors get paid because they see the patients. These things do not really fit into that model because, as Dr. Roy said earlier, you can spend at least an hour talking with people, particularly the first time, just to get their story and find how best to meet their needs.

Is there a first step, or do we all of these things that we have talked about this afternoon at the same time? Where do we start?

**Dr. Israël:** We have been talking a lot in Quebec about “les réseaux de services intégrés.” These are networks that integrate several organizations and services around the patient. Within that network, there has to be a person named as the primary case manager or the patient’s primary therapist.

You mentioned a lady who had to keep telling her story because she did not have someone assigned to her as her advocate, who would coordinate her treatment, who would reach out to other organizations. I think this is a way to start. People with severe and persistent disorders have a right to have such a person assigned to them. It may well be that our institutions that specialize in mental health services can be responsible for providing that care, but there has to be communication among the organizations and from one system to another.

I wanted to tell a little story about last year. Our région régionale threatened to close down the Salvation Army mental health shelter. This is an 80-bed institution that was viewed as too much like an asylum. They had asked for more money because the Salvation Army is a non-profit organization that works through donations, and given that all the anglophone donors fled our province way back when, they were running short. They were

**Dre Israël:** Ce pourrait même être une personne ayant un diplôme d’études techniques. Au Québec par exemple, nous avons des «techniciens en travail social». Ils suivent une formation postsecondaire de trois ans.

**Le président:** Dans un CEGEP, en règle générale?

**Dre Israël:** Oui. Il faut également qu’ils acquièrent une certaine expérience clinique dans des conditions d’encadrement.

**Le sénateur Cordy:** Je vous remercie tous d’avoir pris le temps de venir aujourd’hui parce que je sais que vous avez tous un emploi du temps fort chargé, simplement à entendre tout ce que vous avez dit.

J’aimerais poursuivre dans la même veine que le sénateur Morin. Docteur Israël, vous avez dit que le système est compartimenté. Lors de notre toute première journée d’audiences, une dame qui souffre du trouble bipolaire est venue nous dire combien de fois elle avait dû répéter son histoire. Chaque fois qu’elle voyait un nouvel intervenant, elle devait recommander. Elle a expliqué les difficultés que cela lui avait causées, du fait qu’elle devait sans cesse revivre l’expérience éprouvante de sa maladie. Nous avons parlé tout à l’heure du manque de communication. Nous avons parlé des dossiers médicaux électroniques, qui faciliteraient la communication de l’information et également de la gestion des cas, des équipes de soins primaires et des thérapeutes.

À l’heure actuelle, les médecins sont rémunérés à l’acte, quand ils voient des patients. Or, tout cela n’est pas vraiment approprié car comme la Dre Roy l’a souligné, vous pouvez passer une bonne heure à parler avec un patient, particulièrement la première fois, uniquement pour connaître ses antécédents et déterminer la meilleure façon de répondre à ses besoins.

Faut-il procéder par étapes ou doit-on faire tout ce qui a été mentionné cet après-midi en même temps? Par où commencer?

**Dre Israël:** Au Québec, on parle beaucoup des réseaux de services intégrés. Il s’agit de réseaux qui intègrent plusieurs organisations et services centrés sur le patient. Dans ce réseau, il faut qu’une personne soit désignée comme le principal responsable du cas ou le principal thérapeute du patient.

Vous avez parlé de cette dame qui devait sans cesse répéter son histoire parce que personne n’avait été chargé de veiller à ses intérêts, de coordonner son traitement ou de communiquer avec d’autres organisations. Ce serait déjà un premier pas. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants ont le droit de pouvoir compter sur un intervenant qui serait chargé de s’occuper d’elles. Il se peut que nos institutions spécialisées dans les services de santé mentale soient à même d’offrir de tels services, mais il faut que les divers organismes et systèmes communiquent entre eux.

Je voudrais vous raconter ce qui s’est passé l’année dernière. Notre région régionale menaçait à l’époque de mettre la clé dans la porte de la maison de refuge pour malades mentaux de l’Armée du Salut, une institution d’environ 80 lits, parce qu’elle était trop apparentée à un asile. Or, la maison d’hébergement avait demandé une rallonge de fonds étant donné que l’Armée du Salut est une organisation sans but lucratif qui ne vit que par les

asking for money because they were providing a service and they were threatened with closure. We all got together as a network to advocate that it remain open. The government was still refusing to give the money, but then we asked for time to try to help them get organized. They agreed to give money for one year on the condition that I, because it is part of my sector, our hospital, would get involved in making them accountable to the system in some way.

We put a committee together and we had people from local clinics and several community organizations coming forward to talk to these people, who were astounded by the support they got. This has encouraged communication to the point that they are going to develop a board including community people, because the Salvation Army wants to be part of our community and of a system that coordinates the delivery of mental health care.

Now when they call us, we know who they are. When we call them, they know who we are. We need joint projects where we can learn to work together.

**Dr. Farquhar:** Where do we start? Something is happening in some places and not in others, and that is the application of enlightened business principles that have been around for the last 10 years. That includes setting goals and priorities, using quality assurance, and some other principles that go along with those things, and it is happening at our hospital. I am very happy about that, but it is not happening everywhere, and I am not sure that it is happening at the ministry level. They tried, but they do not have enough money.

**Senator Cordy:** Just a quick question, Dr. Leclerc. You talked about needs in housing, in work, in family. I am quite interested in family, because if you look at the patients who do well, they are generally those who have strong support from their families. However, very often, the families do not feel that they are getting support from the system or from the community in dealing with a family member who is mentally ill. How do you help families? Earlier this morning, we talked about families getting a break from caring for an individual, which might make them more inclined to keep that individual at home.

Even families that do not necessarily have the child living with them but try to work within the system are rebuked, almost.

dons qu'elle reçoit, donc qui lui faisaient cruellement défaut puisque les donneurs anglophones avaient quitté la province déjà à l'époque. Elle demandait donc des fonds supplémentaires pour pouvoir fournir le service requis et parce qu'elle était menacée de fermeture. Nous nous sommes tous réunis et avons formé un réseau pour demander que cette maison d'hébergement reste ouverte. Le gouvernement refusait toujours d'accorder la rallonge, mais nous avons ensuite demandé un délai supplémentaire pour aider l'Armée du Salut à s'organiser. Le gouvernement a accepté de subventionner la maison pendant un an à la condition que je mette la main à la pâte et que j'oblige la maison d'hébergement à rendre des comptes à la régie régionale d'une façon ou d'une autre, étant donné qu'elle faisait partie du secteur que couvrait mon hôpital.

Nous avons donc mis sur pied un comité et regroupé des représentants des cliniques locales et de diverses organisations communautaires qui sont venus offrir leur soutien à l'Armée du Salut, à la grande surprise de celle-ci. Cet incident a alimenté la communication au point où l'Armée du Salut a l'intention d'inclure des représentants de la collectivité à son conseil d'administration, puisqu'elle veut faire partie intégrante de la collectivité et d'un système de santé qui coordonne la prestation des soins en santé mentale.

Aujourd'hui, quand l'Armée du Salut nous appelle, ou quand nous l'appelons, nous nous reconnaissons mutuellement. Voilà le type de projets conjoints qui sont nécessaires pour que nous apprenions tous à travailler collectivement.

**Dr Farquhar:** Par où commencer? Les initiatives émanent de certains milieux parce que dans ceux-ci, contrairement à ce qui se fait ailleurs, on y applique les principes commerciaux éclairés qui circulent déjà depuis 10 ans. Ces principes incluent notamment l'obligation de se fixer des objectifs et des priorités, le recours à l'assurance de la qualité, et l'application d'autres principes connexes. C'est ce que nous faisons à notre hôpital, ce dont je me réjouis, mais cela ne se fait pas partout, peut-être même pas au ministère. On a bien essayé, mais l'argent semble faire défaut.

**Le sénateur Cordy:** Une brève question, monsieur Leclerc. Vous avez parlé de besoins par rapport au logement, au travail et à la famille. La situation de la famille m'intéresse grandement, car si vous regardez quels sont les patients qui se portent mieux, ce sont généralement ceux qui ont un appui indéfectible de leur famille. Toutefois, il arrive souvent que les familles aient l'impression d'être démunies et que ni le système ni la collectivité ne les aident à s'occuper d'un de leurs membres qui souffre de troubles mentaux. Que faites-vous pour aider les familles? Plus tôt ce matin, on a parlé de périodes de repos dont pourraient profiter les familles qui ont à charge un malade, ce qui pourrait les inciter plus volontiers à prendre soin de ceux-ci à domicile.

Même les familles qui ne gardent pas leur enfant malade à domicile mais qui essaient néanmoins de fonctionner à l'intérieur du système de soins se le font presque reprocher.



[Translation]

**Mr. Leclerc:** I was saying earlier that in terms of families — this problem does of course exist also for adults residing with their parents or relatives — it is important that these families be able to take the time occasionally to recharge their batteries, get a change of scene and go out. The only way they can do this is to provide tailor-made services geared to providing caregivers with a break. There are some in existence already, but very few. Very few tailor-made care services for mentally-ill patients exist. Money needs to be made available to support the family fabric and to promote communication between professionals and families. Often, and it must be said, mentally-ill patients are looked after but their families are forgotten.

It is important to maintain harmony between families, professionals and the users of services, in order that patients may continue to live in their natural environment.

However, more often than not, families find themselves totally devoid of support and often give up. People who find themselves in a difficult situation, and constantly facing major problems, give up in the end. The initial reaction is to hospitalize the patient. These patients are often hospitalized, and in many cases for long periods.

This type of situation is extremely harmful for people in terms of social rehabilitation. Therefore, it is very important to provide money for specialized mental health care organizations, be they geared to young people or to adults.

[English]

**Senator Cordy:** I know this started in Nova Scotia a number of years ago with seniors who were living with their children and it was called almost a “daycare” for seniors. The same type of program would seem to be something that could work.

[Translation]

**Senator Pélissier:** Doctor Wilkins, you said earlier that you now deal with teenagers suffering from eating disorders, such as bulimia or anorexia.

It is also possible that these patients have other undiagnosed illnesses. For example, they may be suffering from specific heart diseases or other types of ailments. One seems to hear a lot more about autism or schizophrenia than anorexia or bulimia.

If these patients are not given proper treatment, do you think that it is possible that they might end up attempting to commit suicide? I read somewhere that the hospitalization rates for young women, aged between 15 and 24 years old, suffering from these types of ailments, has significantly increased. Has the fact that more young adult women suffer from these disorders always been known or was it something that has only recently been discovered? Indeed, are more women currently suffering from these types of disorders?

[Français]

**M. Leclerc:** Je disais tout à l'heure qu'au niveau des familles — le problème existe aussi pour une personne adulte qui vit avec ses proches ou ses parents —, il est important que ces familles puissent de temps en temps récupérer, ventiler, sortir. La seule façon, c'est d'avoir des services de répit adaptés. Il en existe, mais très peu. Il existe très peu de services de gardiennage adaptés pour nos personnes souffrant de maladie mentale. Il faudrait allouer des fonds pour maintenir le tissu familial en bon état et favoriser les communications entre les professionnels et la famille. Souvent, et il ne faut pas se le cacher, on s'occupe de la personne mais on oublie la famille.

Il est important de maintenir l'harmonie entre la famille, les professionnels et les utilisateurs de services, afin de garder les gens dans leur milieu naturel.

Par contre, plus souvent qu'autrement, ces gens-là se retrouvent sans support et ils se découragent. La personne qui est en difficulté, en état de crise constant, finit par se décourager. Le premier réflexe, c'est d'hospitaliser cette personne. On se retire et, dans bien des cas, on se retire à long terme.

Ceci est extrêmement néfaste pour les personnes en ce qui a trait à la réintégration. Il est donc très important d'allouer des fonds au niveau des organismes de répit spécialisés en santé mentale, que ce soit pour les jeunes ou pour les personnes adultes.

[Traduction]

**Le sénateur Cordy:** Je sais que tout cela a commencé en Nouvelle-Écosse il y a plusieurs années, avec un programme permettant aux personnes âgées de cohabiter avec leurs enfants; on parlait presque d'une garderie pour personnes âgées. Un programme semblable pourrait peut-être donner des résultats.

[Français]

**Le sénateur Pélissier:** Docteur Wilkins, vous avez dit tantôt que vous vous occupez maintenant d'adolescentes qui ont des troubles d'alimentation, tels que la boulimie et l'anorexie.

Ces mêmes patientes peuvent aussi dissimuler d'autres maladies. Par exemple, elles peuvent peut-être avoir une certaine maladie cardiaque ou autre chose. On entend beaucoup moins parler d'anorexie et de boulimie que de l'autisme ou de la schizophrénie.

Si elles ne sont pas suivies de près, les personnes qui souffrent de ce genre de maladies peuvent-elles en arriver à vouloir se suicider? J'ai lu que le taux d'hospitalisation des jeunes femmes, entre 15 et 24 ans, qui souffrent de ces problèmes-là et qui sont hospitalisées, a considérablement augmenté. Est-ce que le fait d'avoir plus de jeunes femmes adultes souffrant de ces désordres a toujours existé ou était-ce dissimulé? Y a-t-il actuellement plus de femmes qui souffrent de ces problèmes?

**Dr. Wilkins:** Eating disorders are significantly more common in the west. People involved in teenage medicine have always been inundated with patients with eating disorders, especially restrictive mental anorexia and nervous bulimia.

I do not include obesity. Scientifically speaking, the jury is out on this issue, but in my personal opinion, there is no link. However, this is quite debatable.

We deal with teenagers with eating disorders. This type of illness continues, on average, for approximately four years, from the time the first symptoms occur until menstruation returns, for example. Restrictive mental anorexia will last about four years.

I would just like to mention in passing here that not all approaches work well for eating-disorder patients. You have to be very careful in using American models for patients such as these. I am not really in favour of what has been said on this issue. However, that is all I will say on that for the moment.

The older eating disorder patients get, the more likely you are to find, in addition to the anorexia, other types of ailments. This is what we call comorbidity. Patients might suffer from mood problems, depression, personality disorders, or more serious psychological illnesses.

Sometimes, patients have an element of all these problems and it can take some time to sort that person out. Normally, patients do recover. The majority of teenage medicine physicians estimate that approximately 70 per cent of their patients solve their problems during their teenage years. However, 30 per cent of patients will develop some form of chronic disease.

These patients are treated at the Douglas Hospital in Montreal under the very effective agreement that we have with this hospital. Obviously, this hospital deals with patients who probably have more complex disorders than the ones that we tend to deal with in our facility.

We have to turn to hospitals because there is no other choice. If there were alternative facilities, we might be able to avoid having to hospitalize these patients in hospital facilities, which cost between \$800 and \$900 a day.

We send patients to hospitals because that is what we have available to us. We need alternative facilities providing more comprehensive, wide-ranging and tailor-made programs. However, we are facing an ever-increasing number of patients and resources have failed to keep pace with this increase. The same situation is occurring almost everywhere in the world, not just here in Quebec.

**Senator Morin:** To follow on from Senator Pépin's question, has this actually increased?

**Dr Wilkins:** Les troubles de la conduite alimentaire sont nettement plus répandus dans le monde occidental. Les gens qui s'occupent de médecine de l'adolescence ont tous été débordés de problèmes des troubles alimentaires, surtout l'anorexie mentale restrictive et la boulimie nerveuse.

J'exclus l'obésité. Les avis sont partagés au plan scientifique, mais à mon avis il n'y a pas de rapport. Mais c'est discutable.

Nous accueillons ceux qui ont des troubles de la conduite alimentaire à l'âge de l'adolescence. On sait que c'est une maladie dont la durée moyenne sera environ de quatre ans, à partir du moment du début de la symptomatologie jusqu'au moment du retour des menstruations, par exemple. Disons quatre ans chez quelqu'un qui souffre d'une anorexie mentale restrictive pure.

J'ouvre une parenthèse ici pour dire que le mode d'intervention du gestionnaire de cas ne marche pas pour ce qui est des troubles alimentaires. Il faut être extrêmement prudent dans l'application des modèles américains en ce qui concerne des maladies comme celles-là. Je ne suis pas beaucoup en faveur de ce qui a été dit à ce sujet. Je ferme la parenthèse.

Plus celles qui ont des troubles de la conduite alimentaire vieillissent, plus il y a de risques qu'on retrouve, associée avec l'anorexie, une autre pathologie, ce qu'on appellera la comorbidité. On peut retrouver des troubles de l'humeur, des états limites, des troubles du caractère ou des états dépressifs.

Parfois, on retrouve un petit peu tout et cela peut prendre du temps pour tout démêler tout cela. Habituellement, les patientes réussissent à fonctionner. La plupart des gens en médecine de l'adolescence pensent qu'à peu près 70 p. 100 de leurs patientes finiront par régler leurs problèmes durant leur adolescence. Mais 30 p. 100 de nos patientes vont évoluer vers une certaine forme de chronicité.

Ces patientes sont traitées à l'Hôpital Douglas de Montréal à cause de la très bonne entente que nous avons avec cet hôpital. Il est évident qu'ils se retrouvent alors avec une clientèle probablement plus complexe que celle que nous avons au point d'entrée.

On utilise le milieu hospitalier parce que c'est le seul choix. S'il y avait d'autres centres, on pourrait éviter d'admettre ces patients dans des centres hospitaliers où le per diem se chiffre à 800 \$ ou 900 \$ par jour.

On utilise le milieu hospitalier parce que c'est ce qui est disponible. Il faudrait avoir d'autres centres avec des programmes plus complets, plus diversifiés et plus adaptés. Mais on a été envahi par cette clientèle et les ressources n'ont pas augmenté en conséquence. Et c'est partout dans le monde, pas seulement au Québec.

**Le sénateur Morin:** Pour revenir à la question du sénateur Pépin, cela a-t-il effectivement augmenté?



**Dr. Wilkins:** Yes, we have seen an increase. And as you mentioned it is difficult to send these patients back to primary care because they are complex cases and their conditions are time-consuming. People in primary care tell us that they do not have the know-how and that they do not have the necessary skills to deal with these patients.

**Senator Morin:** How many specialists like you are there in Quebec?

**Dr. Wilkins:** There are very few specialists in teenage medicine. In fact, I was the very first specialist in this area.

**Senator Morin:** Would you put it at four or five?

**Dr. Wilkins:** Let us say about ten of us.

**Senator Morin:** Therefore you are not in a position to treat everyone with nervous anorexia in Quebec. Who treats these people, therefore?

**Dr. Wilkins:** Indeed. These patients are sent to us from all over the country. We have a small cluster of specialists in Quebec city. In Montreal, we are quite lucky because we have several clusters of physicians. However, this is a problem throughout the province and indeed throughout the country.

Requests are coming in from all over the world, including the United States, because treatment for mental anorexia in the United States costs a fortune. Recently, a parent published a book about his daughter entitled: *One Million and a Half After*. She eventually passed away after several years of treatment.

Indeed, treatment for eating disorders is very expensive. We are lucky here in Canada and in the Province of Quebec. However, in my opinion, we need to undertake a reorganization of the way we provide care. We need to provide training. There is a role for all stakeholders. Ordinary people can do a lot with these sick little girls, if they have some training on what to do, and then they can turn to us if things get really bad.

We have set out hospitalization criteria in teenage medicine. For example, a heartbeat below fifty is a grave problem. In cases of restrictive anorexia, the cause of death is usually a heart attack.

Yesterday, I visited a little girl in Victoriaville who had been unable to get hospital treatment in Victoriaville. I intend to bring her to our facility for a few weeks and then to send her back to Victoriaville.

There are procedures like these ones that work quite well. However, we find it very difficult to send these patients back to CLSCs or to other facilities.

**Senator Pépin:** That was my next question, in fact. You said that you have a good partnership with the Douglas Hospital, but what happens to other patients and other teenagers? Apparently, once these patients reach 18 years of age they are no longer admitted to this hospital because they are considered adults.

**Dr Wilkins:** Oui, cela a augmenté. Et vous mentionniez que c'est une clientèle difficile à retourner en soins primaires parce que c'est complexe et parce que cela prend du temps. Les gens nous disent qu'ils n'ont pas l'expertise, qu'ils n'ont pas les compétences.

**Le sénateur Morin:** Il y a combien de spécialistes comme vous au Québec?

**Dr Wilkins:** En médecine de l'adolescence, on n'est pas nombreux. Moi, j'ai été le premier spécialisé.

**Le sénateur Morin:** Environ quatre ou cinq?

**Dr Wilkins:** Disons environ dix.

**Le sénateur Morin:** Vous ne pouvez pas soigner tous les cas d'anorexie nerveuse au Québec. Qui va le faire?

**Dr Wilkins:** Tout à fait. On nous les envoie et ils viennent de partout. Il y a un petit groupe de spécialistes à Québec. À Montréal, on est chanceux parce qu'on a quelques groupes. Mais c'est un problème à travers la province et à travers le pays.

On reçoit des demandes de partout, y compris les États-Unis, parce que cela coûte une fortune de se faire soigner aux États-Unis pour l'anorexie mentale. Quelqu'un vient de publier un livre au sujet de sa fille intitulé: *One Million and a Half After*. Après plusieurs années de traitement, elle est décédée.

Ailleurs, cela coûte très cher de faire soigner quelqu'un pour un trouble alimentaire. On est chanceux ici au Canada et au Québec. Mais à mon avis, il faudrait réorganiser dont on donne les soins. Il faut faire de l'enseignement. Il y a un rôle pour tous les intervenants. Les gens peuvent faire un bon bout de chemin avec ces petites filles, en autant qu'ils soient informés quant à la manière de faire et qu'ils puissent compter sur nous dans les situations où cela ne va pas.

En médecine de l'adolescence, nous avons établi des critères d'hospitalisation. Par exemple, un rythme cardiaque inférieur à cinquante pose un problème inquiétant. Dans la phase restrictive, la cause de décès sera sans doute l'arrêt cardiaque.

Hier, j'ai vu une petite fille de Victoriaville qu'on ne peut pas hospitaliser à Victoriaville. Je suis prêt à l'accueillir à l'hôpital pour quelques semaines et la renvoyer à Victoriaville par la suite.

Il existe des modalités comme celle-là qui fonctionnent assez bien. Mais on a beaucoup de difficulté à retourner ces patients dans les CLSC ou ailleurs.

**Le sénateur Pépin:** C'est ma prochaine question: vous faites peut-être un bon échange avec l'Hôpital Douglas, mais qu'en est-il des autres malades ou des autres adolescentes? On dit qu'à 18 ans, la porte est fermée, car ce sont maintenant des adultes.

**Mr. Wilkins:** It is we here in Montreal who see the most patients. For myself, if I see a young 16- or 17-year-old girl, and my intuition tells me that treatment will be long and complicated, then I get in touch with the Douglas to organize a transfer as soon as she reaches the age of 17.

That is how they received a young seventeen-and-a-half-year-old girl not long ago. We arrange the transfers because we see them coming. We can predict when they will be necessary, and we make arrangements.

**Senator P  pin:** What happens with other cases, cases that are neither anorexia nor bulimia?

**Mr. Leclerc:** Clients referred to us from youth centres are more often than not either just 18 or just about to turn 18. They come to us at the last minute.

With some resources, access to in-house treatment can take a year, a year and a half or two years. That is the first problem. The second problem is that the link between the child psychiatry system and the adult psychiatry system is not always made.

Third, if someone is receiving in-house child psychiatry treatment, the system keeps its accommodation budget and something has to be found immediately when the child becomes an adult.

These are all complex problems. At present, we are discussing them with the Montreal Health and Social Services Board.

**Dr. Roy:** I would add that there are care models where people are under care from birth to death. In addition, there is a Canadian task force now considering the future of psychiatric education here in Canada.

We also wonder whether we should not focus on a trans-generational model, or on what is known as a sophisticated generalist. The sophisticated generalist could provide child psychiatry services where highly specialized care is not required, and, for example, provide geriatric psychiatric services as well.

This is the sort of system that the smaller centres and the regions have. Psychiatric personnel provide care for everyone, in all age groups. The same barriers we find in larger centres do not exist. In the larger centres, there are specialized units for adults, teenagers and children.

**Senator P  pin:** We hear that funding for psychiatry is being cut. Who is making those cuts? Are officials making those cuts? I cannot believe that doctors would make these decisions.

**Dr. Fraquhar:** No, these decisions are being made not by doctors, but by officials. Officials are fine as individuals, but as a group, they are responsible for the cuts as I am and others are.

**Senator P  pin:** I quite agree.

**Dr Wilkins:** C'est nous, à Montréal, qui voyons le plus de patients. Personnellement, si je vois une jeune fille de 16 ou 17 ans et que mon intuition me dit que le traitement va être long et compliqué, dès qu'elle atteint l'âge de 17 ans, je la mets en contact avec le Douglas pour un transfert.

C'est comme cela qu'ils ont pu accueillir une fille de dix-sept ans et demi il n'y a pas longtemps. On s'arrange pour que les transferts puissent se faire parce qu'on les voit venir. On peut prévoir quand cela n'ira pas, et on s'arrange.

**Le sénateur P  pin:** Puis les autres cas qui ne sont pas des cas d'anorexie ou de boulimie, qu'est-ce qui arrive?

**M. Leclerc:** Pour ce qui est de la clientèle qui nous est référée des Centres jeunesse, plus souvent qu'autrement, ces gens ont tout juste 18 ans ou sont sur le point des avoir. Ils nous arrivent à la dernière minute.

Pour certains types de ressources, l'accès au réseau d'hébergement peut prendre un an, un an et demi, deux ans, c'est le premier problème. Le deuxième problème est que la liaison entre la pédopsychiatrie et l'adulte ne se fait pas systématiquement.

Troisièmement, si la personne est dans un réseau d'hébergement en pédopsychiatrie, le réseau conserve son budget pour l'hébergement et il faut immédiatement trouver quelque chose pour l'adulte.

Ce sont des problèmes complexes et on est en pourparlers avec la Régie régionale de Montréal à ce sujet.

**Dre Roy:** J'ajouterais qu'il existe quand même des modèles de soins où les gens sont pris en charge à partir de zéro jusqu'à la mort. Et il y a un groupe de travail qui se penche actuellement au niveau canadien sur le futur de la formation en psychiatrie au Canada.

Et on se demande si on ne doit pas plutôt s'orienter vers un modèle transgénérationnel, où un psychiatre généraliste — en anglais, on dit: «Sophisticated Generalist» —, pourrait aussi bien faire de la pédopsychiatrie pour les cas les moins exceptionnels, qui nécessitent une expertise moins poussée, que de faire de la psychiatrie gériatrique.

C'est ce qui existe dans les plus petits centres puis en régions: les gens s'occupent de tout le monde, de tous les âges. Il n'y a pas la barrière qu'on retrouve dans les plus grands centres, où des unités spécialisées s'occupent des adultes, des adolescents, puis des enfants.

**Le sénateur P  pin:** On nous a dit qu'on coupait des fonds en psychiatrie. Je me demandais: qui décide de faire ces coupures? Est-ce que ce sont des fonctionnaires? Il ne se peut pas que ce soient des médecins qui décident de faire les choses ainsi.

**Dr Fraquhar:** En effet, ce ne sont pas les médecins qui prennent ces décisions, mais plutôt les fonctionnaires. J'aime bien les fonctionnaires en tant qu'individus, mais dans l'ensemble, ils sont aussi coupables des coupures que moi et les autres.

**Le sénateur P  pin:** Je suis bien d'accord.



[English]

**Senator Robertson:** I have been trying to listen carefully, but it is a little confusing, shall we say. Dr. Israël, I missed your presentation, as I was a little late getting here.

You touched upon something that I found interesting. You told your little story about the Salvation Army, and I do not know the details of the Quebec system, but I believe, for instance, that you represent three hospitals here?

**Dr. Israël:** Four hospitals.

**Senator Robertson:** Four hospitals here. Each one receives its funding direct from the provincial government?

**Dr. Israël:** We have a regional board in Montreal.

**Senator Robertson:** Yes.

**Dr. Israël:** An intermediary between the minister and the different institutions.

**Senator Robertson:** And does that regional board, that umbrella organization, more or less, deal with the funding for the primary and secondary care institutions in the city? Everything?

**Dr. Israël:** Everything.

**Senator Robertson:** Even with that, there were people in the hospitals that should not have been there, as I believe Dr. Farquhar suggested. I think I heard you say something like that.

**Dr. Farquhar:** They would not have to be there if there were other resources at their disposal.

**Senator Robertson:** What you are saying is that the trend, as we all know, is to put the services, especially the primary and secondary services, in the home, the workplace or the school — somewhere in the community. Get them out of the hospital, which can be the most expensive place to treat patients.

Perhaps we will have to look at insisting on the development of these issues in our new delivery system. It has been done in some areas and is working very well. I am surprised, because I thought you would have all those community support systems available to you here in Montreal. If you cannot get along, if you cannot get information, or you are having difficulty in transferring patients, are you all doing the same thing in each hospital or what is happening in the community? What is the pressure to develop your community support systems so that all these patients do not have to lie around in the hospital? Money is scarce, and taxpayers are becoming more alerted to the value of their tax dollars, so we cannot afford to be wasteful.

Have any of you been involved with that umbrella group in trying to push for the development of local services?

[Traduction]

**Le sénateur Robertson:** J'ai suivi avec soin, mais tout cela me semble porter un peu à confusion. Docteur Israël, comme je suis arrivée un peu en retard, j'ai manqué votre exposé.

Vous avez abordé quelque chose qui m'a semblé intéressant en nous racontant votre histoire au sujet de l'Armée du Salut. Je ne connais pas le système québécois en détail, mais je crois que vous représentez ici trois hôpitaux, n'est-ce pas?

**Dre Israël:** Quatre.

**Le sénateur Robertson:** Vous représentez ici quatre hôpitaux. Chacun reçoit-il directement des fonds du gouvernement provincial?

**Dre Israël:** Nous avons à Montréal une régie régionale.

**Le sénateur Robertson:** Je vois.

**Dre Israël:** Elle sert d'intermédiaire entre le ministre et les différents établissements.

**Le sénateur Robertson:** Cette régie régionale, qui sert plus ou moins à encadrer, distribue-t-elle les fonds destinés aux établissements de soins primaires et secondaires de la ville? S'occupe-t-elle de tout?

**Dre Israël:** De tout.

**Le sénateur Robertson:** Mais malgré tout, certaines personnes étaient hospitalisées alors qu'elles n'auraient pas dû l'être, si j'ai bien compris ce qu'a expliqué le Dr Farquhar, n'est-ce pas?

**Dr Farquhar:** Elles n'auraient pas été hospitalisées, si elles avaient eu à leur disposition d'autres ressources.

**Le sénateur Robertson:** Si je vous comprends bien, la tendance que l'on sait est d'offrir les services primaires et secondaires, tout particulièrement, à domicile, en milieu de travail ou à l'école, c'est-à-dire dans la collectivité et de les retirer des hôpitaux qui restent le lieu où il coûte le plus cher de traiter les patients.

Peut-être devons-nous songer à recommander que l'on pousse encore plus loin cette solution dans notre nouveau système de prestation de soins, puisque cela s'est déjà fait à certains endroits et a donné d'excellents résultats. Je reste surprise, tout de même, car j'aurais cru que vous auriez ici même à Montréal tous les systèmes de soutien dans la collectivité. Si l'on ne peut continuer et on ne peut obtenir de l'information, ou si vous avez du mal à transférer des patients, que faites-vous? Est-ce la même chose dans tous les hôpitaux? Qu'est-ce qui se fait dans la collectivité? Qu'est-ce qui incite à établir des systèmes de soutien dans la collectivité pour que tous ces patients dont vous parlez n'aient pas à attendre d'avoir un lit dans les hôpitaux? L'argent se fait rare et les contribuables sont de plus en plus conscients de la valeur de leurs impôts, et nous ne pouvons donc plus nous permettre de gaspillage.

L'un ou l'autre d'entre vous a-t-il déjà fait partie de ce groupe d'encadrement en vue de préconiser l'établissement de services locaux?

**Dr. Israël:** I would say it is weekly for some of us. In fact, we work together on committees to try to heighten the awareness of our région régionale of the problems that we have to deal with and how services have to be coordinated.

When we talk about the city, Louis-Hippolyte LaFontaine Hospital is at the other end of the island from the Douglas Hospital, so it makes sense to put services in more than one community. The problem, which Dr. Farquhar alluded to in his presentation, is that a lot of patients were released from hospitals but the funds did not follow them. The community resources were not developed in a systematized way, but rather arose helter-skelter in response to the needs of people who were basically on the streets, causing problems that landed them in Dr. Roy's hospital, for instance, which is the legal psychiatric institution.

There has not been a concerted plan to develop the resources to meet the needs of these people who were once very dependent on institutions and who do not know how to live on their own, as Mr. Leclerc very clearly spelled out for us. That is why we have situations where a shelter that has been actually taking care of some of our sickest patients is suddenly threatened with closure, because nobody knew how important it was to our system, and how much it deserved to be supported.

**Senator Robertson:** You are working at a distinct disadvantage, I should think, in some of these areas.

I just wanted to ask you, is there another industrialized country that has systems that you wish you had, or do you feel that the systems in Canada are the best that you can find internationally? It would be helpful to the committee to know if there are models that you particularly admire.

[Translation]

**Dr. Wilkins:** I believe that we have a very good health system which makes health care accessible to everyone. However, some existing structures should be reviewed. Those reviews are perhaps not as quick or as frequent as we would like.

I worked in the United States for a while, and I do not envy their system at all. We have an excellent system in this country. I might import some aspects of health care systems in European countries which I believe work well. However, I am still very satisfied with the system we have here. We need to reconfigure it and restructure it, however. Today, we have a funding problem. There are also very complex situations that cannot be dealt with easily.

In Canada, we have an excellent health care system of which we should be proud. But we do need to revamp it and dust it off a bit. That is my view.

**Dre Israël:** Certains d'entre nous le font chaque semaine. De fait, nous siégeons ensemble à des comités dont le but est de sensibiliser notre région régionale aux problèmes qui existent et à la nécessité de coordonner les services.

Dans le cas de notre ville, l'Hôpital Louis-Hippolyte LaFontaine est à l'autre extrémité de l'île par rapport à l'Hôpital Douglas, ce qui justifie que l'on dispense des services dans plus d'une collectivité. Mais comme le signalait le Dr Farquhar dans son exposé, la difficulté vient de ce que les hôpitaux ont donné leur congé à beaucoup de patients sans que les fonds soient disponibles pour faire un suivi. Les ressources en collectivité ne se sont pas développées de façon systématique, mais plutôt de façon aléatoire, en réponse aux besoins de ceux qui se retrouvaient pour ainsi dire à la rue et qui finissaient par avoir des comportements qui les envoyaient à l'hôpital de la Dre Roy, par exemple, qui est l'établissement de détention psychiatrique.

Il n'y a eu aucun plan concerté en vue de déterminer quelles ressources étaient nécessaires pour répondre aux besoins de ces gens qui, naguère, dépendaient d'établissements soignants et qui aujourd'hui ne savent pas comment vivre de façon autonome, comme l'a si bien expliqué M. Leclerc. Voilà pourquoi nous avons vu menacée de fermeture une maison d'hébergement qui s'occupait justement de certains de nos patients les plus malades, parce que personne n'en avait saisi l'importance dans notre système et n'avait compris à quel point ce type d'établissement devait être soutenu.

**Le sénateur Robertson:** J'ai l'impression que vous êtes nettement en désavantage dans certains de ces secteurs.

Je voudrais savoir si vous aimeriez avoir ce que vous avez vu dans d'autres pays industrialisés ou si vous avez l'impression que ce qui existe au Canada constitue la meilleure solution qui soit à l'échelle internationale? Notre comité vous serait reconnaissant de lui dire quels sont les modèles que vous aimez particulièrement.

[Français]

**Dr Wilkins:** Je pense que nous avons un très bon système de santé, où les soins sont accessibles pour tous les gens. Certaines remises en question des structures existantes doivent être faites. Elles ne se font peut-être pas à la vitesse ou au rythme qu'on aimerait qu'elles se fassent.

J'ai travaillé un peu aux États-Unis et je n'envie pas du tout leur système. Nous avons un excellent système ici. J'irais peut-être dans certains centres en Europe chercher quelques petits trucs que j'aime bien. Il demeure que je suis très satisfait du système que nous avons. Mais il faut le remodeler, le reconfigurer, le rebrasser. Le problème aujourd'hui, c'est essentiellement un problème de financement et de situations complexes. Il y a des situations complexes qu'on ne peut pas régler facilement.

On a un excellent système de santé au Canada et il faut en être fier, mais il faut le retoucher et enlever la poussière un peu. C'est mon opinion.



**Mr. Leclerc:** I would like to come back to your first question. We have put a lot of work into assessing practices at the Douglas Hospital, the Lafontaine Hospital, the Pinel institute, and at the Robert-Giffard Hospital in Quebec City.

Let us take Lafontaine as an example., since that is the centre I know best. We have gone from 6,300 people to 545, or 550. The number is still dropping. However, we have established an out-patient network. Insofar as we can, ensuring that patients can live and be cared for in their usual environment is better. For cases where this cannot be done, we have established an over-developed network in partnership with private organizations, community organizations, and even with hospital expertise transferred to the outside.

We hear a great deal of negative criticism about our health care system, though I think Quebec's is very good. There are areas where it should be improved, however. A few moments ago, Dr. Israël was talking about the link with the community. There is a huge gap between the funding invested in community care and the funding invested in health care institutions.

This will undoubtedly improve in the future. With health care access developed at the front-line level, and with greater cohesion among family practitioners, psychiatrists and teams of health care professionals, the system will become even more effective.

I have had the opportunity to work with a number of other countries, and I think that psychiatry and rehabilitation practices in Canada are the envy of many other countries.

**Dr. Lalonde:** I would just like to say a few words on care for schizophrenics. Fifteen years ago, Quebec opened the very first clinical facility offering a full range of care for early schizophrenia. The care was available in English, but not in French.

Since then, we have developed remarkable excellence and expertise. The future of young people with early signs of schizophrenia who had access to the clinic has been very different from what it would have been if they had not had access to the clinic.

We have quality of care. The problem is accessibility. You were just saying that, Dr. Morin. We cannot treat all young schizophrenics in Quebec. So we have to export, to diffuse the expertise and we are still wondering how that approach will be applied in other fields.

We could undoubtedly increase the care provided at the clinic, at Lafontaine Hospital, by boosting rehabilitation resources — not the number of psychiatrists but rather the number of staff dealing with social rehabilitation. We would also need more people to deal with patient transfers and to establish ties with the community.

**M. Leclerc:** J'aimerais revenir à votre première question. En ce qui a trait aux pratiques, autant à Douglas, Louis-H., Pinel, qu'à Robert-Giffard à Québec, on a évalué énormément.

Prenons l'exemple de Louis-H., parce que c'est celui que je connais plus. On est passé de 6 300 personnes à 545 ou 550 personnes, et le nombre décroît toujours. Toutefois, il s'est développé un réseau externe. Dans la mesure du possible, quand on peut intégrer les patients dans leur milieu naturel, c'est mieux. À défaut de cela, en concertation avec des organismes privés, des organismes communautaires et même avec l'expertise de l'hôpital qui a été transférée à l'extérieur, on a développé un réseau superdéveloppé.

On entend beaucoup de critiques négatives au sujet de notre réseau de santé, mais je pense qu'au Québec, on a un réseau de santé intéressant. Toutefois, il y a des écarts. Tout à l'heure, le docteur Israël faisait le lien avec le milieu communautaire. Il existe une iniquité tout à fait inappropriée entre les investissements financiers auprès du milieu communautaire, par rapport aux établissements.

C'est sûr que demain, il y aura un équilibre financier par rapport au communautaire. Avec l'accès développé des soins au niveau de 1re ligne, avec une plus grande cohésion entre les omnipraticiens, les psychiatres et les équipes de professionnels, on aura un réseau encore plus performant.

J'ai eu la chance d'être impliqué avec plusieurs autres pays et je pense que du côté de la psychiatrie et du côté de la réadaptation, on fait l'envie de bien des pays.

**Dr Lalonde:** Je veux dire un mot au sujet des soins pour la schizophrénie. On a été, au Québec, la première clinique qui offrait la variété de soins pour la schizophrénie débutante, il y a quinze ans. Cela existait en anglais, mais n'existait pas en français.

Depuis ce temps, on a développé une excellence et une expertise remarquables. L'avenir des quelques jeunes en début de schizophrénie qui ont eu accès à la clinique est fort différent de celui qu'ils auraient eu s'ils n'avaient pas eu accès à la clinique.

La qualité des soins est là. Le problème, c'est l'accessibilité. Vous le notiez tantôt, docteur Morin. On ne pourra pas traiter tous les jeunes schizophrènes du Québec. Il faut donc exporter, diffuser cette expertise-là et on se demande toujours comment cela va être utilisé dans d'autres domaines.

On pourrait sans doute augmenter les soins à la clinique, à Louis-H. Lafontaine, en augmentant les ressources de réadaptation, pas les psychiatres mais le personnel qui s'occupe de la réinsertion sociale de ces gens. Et il faut plus de gens pour s'occuper du transfert des patients et établir les liens avec la communauté.

[English]

**Dr. Farquhar:** Although I do not admire its general health system, I do admire the U.S.'s mental health system, which for the most part is free to the user, for various reasons.

I should say that I have a Web site about Assertive Community Treatment in English and French. The French portion has been visited by dozens of people from Europe, and they give me feedback, saying, "Give us more information." They are from France, Switzerland, Belgium, other French-speaking countries, and they do not have that system. They do have something like it in Italy and England, but it is not as widespread or systematic.

I just want to stress again the quality assurance component. In some places in the United States there is a lot of Assertive Community Treatment, that is, the home visiting approach in teams. Those teams are accredited every two years, or something like that. The funding comes from various sources and is more complex than here, so they have to pass tests and jump through hoops to get that funding.

**The Chairman:** Last comment, Dr. Roy.

[Translation]

**Dr. Roy:** I also cannot think of a reference country that has an ideal model, but I do think we should be optimistic, as Dr. Wilkins said, because we are going in the right direction. There are still significant financial barriers, however.

There are also other barriers, with which we were less familiar some years ago. In its wisdom, the Royal College has done a great deal of work on the new roles of specialist physicians in the new millennium.

Nobody ever used to talk about the role of manager. People who had management tasks in medicine learned on the job. They did not have MBAs and had never done any training in administration. They would come in with very good intentions, then either make dreadful mistakes and fail, or succeed because they had charisma and other wonderful qualities.

But if we want people to have real value for money, we have to be able to show accountability, to prove that what we have done is efficient. This means that we have to be able to assess the services we deliver. At present, we are moving towards an increasingly efficient system.

[English]

**The Chairman:** May I thank all of you for coming. I realize that we took more of your time than we meant to, but it was a very good discussion. Senators, we are adjourned for 12 minutes till exactly 4:00 p.m. and then we will hear from our last panel.

[Traduction]

**Dr Farquhar:** Même si je n'aime pas le système de santé en général aux États-Unis, j'admire néanmoins le système de soins en santé mentale là-bas, qui est en grande partie gratuit pour l'utilisateur, et ce, pour diverses raisons.

J'ai moi-même un site Web, en français et en anglais, sur le programme de suivi intensif dans la communauté. Le site francophone a reçu la visite de dizaines de personnes de l'Europe qui m'ont écrit en me demandant des renseignements supplémentaires. Il s'agit de gens de la France, de la Suisse, de la Belgique et d'autres pays francophones, qui n'ont pas ce genre de programme chez eux. Il existe bien quelque chose de semblable en Italie et en Angleterre, mais qui n'est pas aussi généralisé ni systématique.

Je voudrais souligner à nouveau la nécessité d'avoir un volet assurance de la qualité. Dans certains endroits aux États-Unis, on fait beaucoup de suivi intensif dans la communauté par le truchement d'équipes qui font des visites à domicile. Je crois qu'on accrédite ces équipes tous les deux ans. Les fonds proviennent de diverses sources, et leur distribution est plus complexe qu'ici, car les intéressés doivent répondre à certains critères et correspondre à certaines exigences pour les obtenir.

**Le président:** Docteur Roy, vous avez le mot de la fin.

[Français]

**Dre Roy:** Moi non plus, je n'ai pas en tête un pays de référence où le modèle serait idéal, mais je pense aussi qu'il faut être optimiste, comme le dit le Dr Wilkins, parce que les choses s'en vont dans le bon sens. Mais il existe des obstacles financiers très importants.

Il y a aussi d'autres sortes d'obstacles auxquels on était moins familier il y a quelques années. Le Collège Royal, dans sa sagesse, a fait un grand travail concernant les nouveaux rôles des médecins spécialistes dans les années 2000.

Le rôle de gestionnaire, on en entendait jamais parler. Les gens qui faisaient de la gestion en médecine, c'était des gens qui apprenaient sur le tas, des gens qui n'avaient pas de MBA, des gens qui n'avaient pas fait de stages en administration. Ils arrivaient pleins de bonne volonté, puis ils se cassaient la gueule ou bien ils réussissaient parce qu'ils avaient du charisme et toutes sortes de belles qualités.

Si on veut que la population en ait pour son argent, on doit être capable de rendre des comptes, de prouver l'efficacité de ce qu'on fait, il faut qu'on soit capable d'évaluer les services qu'on a rendus. À ce moment-là, on s'en va vers un système qui devient de plus en plus efficace.

[Traduction]

**Le président:** Merci à tous d'avoir comparu. Je vois que nous avons pris plus de temps avec vous que prévu, mais la discussion a été très fructueuse. Mesdames et messieurs les sénateurs, nous allons prendre une pause d'une dizaine de minutes, jusqu'à 16 heures, après quoi nous entendrons notre dernier groupe de témoins.



The committee suspended.

Upon resuming.

**The Chairman:** Thank you for coming. All are from the Douglas Hospital. I noticed that a number of you were here when we were questioning the other witnesses. I would like to have a very brief opening statement from you in the order that you have collectively decided and then we will turn to questions.

**Mr. Jacques Hendlisz, Director General, Douglas Hospital:** Thank you for having us. We rarely get an opportunity to speak about issues which truly trouble us in not only our everyday working lives, but also in how we are trying to influence and change the system for the better.

As an administrator, I will refrain from talking about clinical issues, but there are four points that I wanted to bring up. The first has to do with the organization of health care, at least in Quebec, and I am sure in many other provinces, and what I think is an inappropriate paradigm for the understanding of mental health and mental illness and the financing consequences that result.

Ministries of health and social services were blended a number of years ago, and mental health has always remained a domain of the social services. Given that we live in a world where genetics and the genome are the order of the day, I feel that the paradigm for understanding mental health and mental illness issues, and the funding results thereof, is totally inappropriate.

Second, there should be a role for psychiatric hospitals as opposed to departments of psychiatry in general hospitals. Psychiatric hospitals should be clinical teaching and research institutes where advancements in learning can be made, which is very difficult to do in a large general hospital with a department of psychiatry, as it tends to get squeezed both in the funding and in the hierarchy. Psychiatric hospitals should have a specific role in which they are a reservoir of expertise on various mental illnesses. The reflex right now is to say, "Well, send them to the hospitals if they are ill." That is also an inappropriate paradigm.

The third point is that there must be reorganization so that the first-line services can be properly integrated with second- and third-line services, since we have deinstitutionalized clients. Clients are treated more and more in the community and that is very important.

Having said that, it does not mean that everyone who works in the communities should be non-hospital based. The decision as to who treats what should be knowledge based, but many things can be treated outside of a hospital. We must reorganize those first-line services to achieve this appropriate integration of needed

Le comité suspend ses travaux.

Le comité reprend ses travaux.

**Le président:** Merci à tous les témoins qui représentent ici l'Hôpital Douglas. J'ai remarqué que certains d'entre vous étaient déjà présents lorsque nous interrogeons les témoins qui vous ont précédés. Je vous demanderai de choisir l'ordre dans lequel vous nous présenterez tous une brève déclaration, puis nous passerons aux questions.

**M. Jacques Hendlisz, directeur général de l'Hôpital Douglas:** Merci de nous accueillir, car il est rare que nous ayons l'occasion de parler de ce qui nous tient véritablement à coeur dans notre quotidien, et aussi de la façon dont nous pouvons essayer de changer le système actuel pour le mieux.

Comme je suis administrateur, j'éviterai de parler d'enjeux cliniques. Toutefois, il y a quatre éléments dont j'aimerais vous faire part. Le premier touche l'organisation des soins de santé au Québec, et dans d'autres provinces aussi j'en suis sûr, et c'est le lien inapproprié que l'on fait entre comprendre la santé mentale et la maladie mentale et l'aspect financier qui en découle.

Il y a déjà plusieurs années que l'on a fusionné le ministère de la Santé avec celui des services sociaux, et la santé mentale est toujours demeurée sous la rubrique des services sociaux. Puisque génétique et génomique sont à l'ordre du jour, j'estime qu'il ne convient plus de faire le lien entre, d'une part, bien comprendre la santé mentale et les problèmes de maladie mentale et, d'autre part, leur financement.

En second lieu, on devrait faire jouer un rôle à des hôpitaux psychiatriques plutôt qu'à des départements de psychiatrie dans des hôpitaux à vocation générale. En effet, les hôpitaux psychiatriques devraient être des instituts de recherche et d'enseignement clinique, là où les percées dans l'apprentissage sont possibles, alors que c'est très difficile d'y parvenir dans un grand hôpital général doté d'un simple département de psychiatrie puisque ce dernier se trouve coincé à la fois du côté du financement et de la hiérarchie hospitalière. Les hôpitaux psychiatriques doivent avoir un rôle précis à jouer, c'est-à-dire qu'ils doivent devenir un réservoir de compétences dans différentes maladies mentales. À l'heure actuelle, on a le réflexe d'envoyer les gens à l'hôpital dès qu'ils sont malades. Voilà un autre lien qu'il faut cesser de faire.

En troisième lieu, la réorganisation est nécessaire pour que l'on puisse intégrer convenablement les services de première ligne aux services de seconde et de troisième lignes, étant donné que l'on traite ici des patients désinstitutionnalisés. En effet, nos clients sont traités de plus en plus fréquemment dans leur propre milieu, et c'est très important.

Ceci dit, cela ne signifie pas nécessairement que tous ceux qui oeuvrent pour les aider dans les collectivités doivent offrir des services exclusivement extrahospitaliers. La décision de faire traiter telle maladie par tel service doit être prise par un spécialiste, mais bien des services peuvent être dispensés à

services, so that patients flow back and forth, which right now does not happen.

Fourthly is that in my opinion, the stigma of mental illness or mental breakdown, whatever we want to call it, is probably the greatest barrier to seeking and receiving care. I am sure everyone in this room is aware of somebody who has a child or parent who suddenly has a psychotic episode, and there is absolutely no natural reflex to make an appointment with the general practitioner. The first thing we do is look for a psychiatrist, and that has to do a lot with the stigma.

Nor do people who have suffered a mental illness — and I am not talking about things like schizophrenia, where it is a difficult road back, but more about mental breakdown — go back to work and say, “Hey, I am glad to come back as a chief financial officer now.” We do not talk that way, and yet people are capable.

It is a major barrier, and if we really want to address the issue of people seeking care, we have to address the issue of stigma.

**The Chairman:** Thank you. Next we have Robyne Kershaw-Bellemare, the Director of Nursing Services. I should tell you before you begin, just for fun, that Senator Pépin was a long-time nurse in Montreal, and indeed my wife was trained as a nurse at the Montreal General, so you have a lot of sympathy as you make your opening comments.

**Ms. Robyne Kershaw-Bellemare, Director of Nursing Services, Douglas Hospital:** I am always one for sympathy, especially when it is directed at me. Thank you very much for inviting me. I would like to give some context to my remarks. I have only been at the Douglas Hospital for three years this July. I have 30 years of experience in health care in various sectors, including general medical-surgical and community, as well as hospitals in the anglophone and the francophone sectors in Montreal. Therefore, I am looking at things from a little broader perspective.

I am Director of Nursing and Co-Director of Clinical Services with Dr. Israël. In light of my eclectic background, I think that my personal opinions are quite representative of what my colleagues in the health care sector are feeling, especially with regard to psychiatry.

I would like to step away from the clinical perspective because I know you dealt with it prior to our arrival and will be dealing with it again. I would like to talk about some systems issues, because I feel that the problem is not just one of insufficient

l'extérieur de l'hôpital. Il faut donc réorganiser les services de première ligne pour pouvoir intégrer de la bonne façon les services nécessaires, et pour que les patients puissent faire la navette entre ceux-ci, ce qui ne se fait pas à l'heure actuelle.

En quatrième lieu, la façon dont on stigmatise la maladie mentale ou les troubles mentaux, peu importe l'appellation, est à mon avis l'obstacle le plus grand auquel font face ceux qui ont besoin de soins et ceux qui en reçoivent. Vous tous ici présents connaissez certainement quelqu'un dont l'enfant ou un parent a connu une psychose passagère; dans ces cas-là, le premier réflexe n'est certainement pas de prendre rendez-vous avec son généraliste. Au contraire, la première chose que l'on fait, c'est de chercher un psychiatre, et c'est ce qui explique en grande partie la stigmatisation.

De plus, ceux qui ont souffert de maladies mentales — et je ne parle ici de maladies comme la schizophrénie, qui constitue une pente très difficile à remonter, mais plutôt de périodes d'épuisement mental — n'ont généralement pas tendance à retourner au travail pour clamer sur tous les toits à quel point ils sont heureux de revenir et de reprendre leur poste de directeur des finances, par exemple. Ce n'est pas ainsi qu'ils réagissent, et pourtant ils seraient capables de reprendre leurs fonctions.

C'est un énorme obstacle, et si l'on veut vraiment s'occuper de ces gens qui veulent recevoir des soins, il faut aussi régler le problème de la stigmatisation.

**Le président:** Merci. Nous accueillons maintenant la directrice des soins infirmiers, Robyne Kershaw-Bellemare. Cela vous intéressera peut-être de savoir que le sénateur Pépin a longtemps été infirmière à Montréal et que ma femme a été formée comme infirmière à l'Hôpital Général de Montréal. Vous saurez donc que vos commentaires seront accueillis avec beaucoup de sympathie.

**Mme Robyne Kershaw-Bellemare, directrice des soins infirmiers, Hôpital Douglas:** J'aime beaucoup la sympathie, surtout lorsque que c'est moi que l'on accueille ainsi. Merci de m'avoir invitée. J'aimerais d'abord donner le contexte dans lequel doivent s'inscrire mes commentaires. En juillet prochain, cela fera trois ans que je travaille à l'Hôpital Douglas. Toutefois, j'ai accumulé 30 ans d'expérience dans divers secteurs des soins de santé, notamment dans les soins de médecine interne et de chirurgie et dans les soins dans la collectivité, de même que dans des hôpitaux des milieux anglophone et francophone de Montréal. J'ai donc un point de vue beaucoup plus large sur la question.

Je suis la directrice des soins infirmiers et je codirige avec la Dre Israël les services cliniques. Mes antécédents étant éclectiques, je crois que mes opinions personnelles représentent fort bien celles de mes collègues dans le secteur des soins de santé, et particulièrement dans le secteur des soins psychiatriques.

Je voudrais laisser de côté le point de vue clinique, puisque vous en avez déjà parlé avant notre arrivée et que vous y reviendrez plus tard. J'aimerais plutôt aborder des problèmes de système, puisque je suis convaincue que nos difficultés ne



resources. I think we are not using the resources we have as well as we could.

Good mental health sits at the heart of self-esteem, self-efficacy and self-fulfilment. As such, it is a generator of one's inherent potential to contribute to society. If one applies a wellness paradigm to mental health, one notes that at the extreme end of the continuum are a range of mental illnesses that occur across all age groups, all cultural groups, all societal groups, and from which none of us is completely sure of being protected.

Mental illness is closely associated with other, concurrent phenomena. The stigma that Mr. Hendlisz just referred to is first and foremost, but one could also mention substance abuse issues, homelessness and the general social isolation that people with mental illnesses and their families have to contend with on a daily basis.

People with mental illnesses are too often victims of violent crimes and their families struggle with the social and financial issues related to coping with the illness. Both are confronted with difficulties in access to timely, pertinent and continuous services — services that are delivered as close as possible to where the individuals and their families live, to the place that they call home.

I believe that Senator Robertson mentioned previously that hospitals are very expensive places in which to treat patients. Indeed they are. They are not only expensive, they are places where we foster "patienthood" and not personhood, and people with mental illnesses are people before they are patients.

I read your introductory document that was sent to us and I concur with the importance of the proposed national action plan. Given the wide representation on this panel, I would like to talk about some issues more specific to nursing practice and development.

In echo of the Romanow and Clair commissions, as well as the recent Quebec Hospital Association position on health care, I consider that the three major difficulties with which we are confronted have to do with accessibility, human resources and stable, long-term funding.

What about accessibility? As I said, to my mind, it is predominantly a function of how we use what we have today. The only things you can do about tomorrow are plan for it and invest in it. Obviously, we need to improve accessibility to a variety of front-line and specialized mental health services. We know from the literature and our own practice that early intervention, crisis and suicide intervention, first-line mental health services for children and adolescents, mental health initiatives for the elderly, both at home and in establishments, initiatives to put people back into the permanent workforce and stable housing are elements that require our immediate attention.

proviennent pas uniquement d'un manque de ressources. Je pense plutôt que nous utilisons les ressources moins bien que nous le devrions.

Une bonne santé mentale est à la base de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et de l'épanouissement de sa personnalité. Par conséquent, elle génère le potentiel inhérent de l'individu qui lui permettra de contribuer à la société. Si l'on applique le paradigme de l'état complet de bien-être à la santé mentale, on remarque qu'à une extrémité du spectre se trouve toute une gamme de troubles mentaux qui surviennent dans tous les groupes d'âge, dans toutes les cultures et dans toutes les sociétés, et contre lesquels on ne peut s'immuniser avec certitude.

La maladie mentale est associée de près à d'autres phénomènes concurrents. La stigmatisation dont parlait M. Hendlisz est le premier et le plus important de ces phénomènes, mais l'on pourrait également mentionner les problèmes de toxicomanie, l'itinérance et l'isolement social général qu'éprouvent ceux qui souffrent de maladies mentales et leur famille quotidiennement.

Les personnes atteintes de maladies mentales sont trop souvent victimes de crimes violents, et leur famille doit faire face à la maladie en affrontant des problèmes sociaux et financiers. Les deux ont de la difficulté à avoir accès à des services opportuns, pertinents et continus, qui soient donnés le plus près possible du domicile des malades et de leur famille.

Je crois avoir entendu le sénateur Robertson dire plus tôt à quel point il coûtait cher de traiter les patients à l'hôpital. C'est très vrai. Non seulement les hôpitaux coûtent cher, mais on y nourrit l'identité de patients plutôt que l'identité individuelle, alors que ceux qui souffrent de maladies mentales sont des individus avant d'être des patients.

J'ai lu le document de consultation que vous nous avez envoyé et je suis d'accord au sujet de l'importance du plan d'action national proposé. Compte tenu de la vaste gamme d'intérêts représentés par notre groupe, permettez-moi de vous parler de questions qui touchent plus précisément la pratique des soins infirmiers et le perfectionnement des praticiens.

Conformément à ce qu'ont dit les commissions Romanow et Clair, et comme l'a également exprimé récemment l'Association des hôpitaux du Québec au sujet des soins de santé, j'estime que les trois grands problèmes auxquels nous sommes confrontés sont l'accès, les ressources humaines et un financement stable à long terme.

Qu'en est-il de l'accès? Comme je l'ai dit, cela dépend surtout de la façon dont nous utilisons ce dont nous disposons aujourd'hui. Planifier et investir sont les seules choses que nous pouvons faire pour préparer l'avenir. Il faut bien sûr améliorer l'accès à divers services spécialisés et de première ligne en santé mentale. Les documents et notre propre expérience montrent que nous devons accorder une attention immédiate aux services d'intervention précoce, à l'intervention en cas de crise et de suicide, aux services de santé mentale de première ligne destinés aux enfants et aux adolescents, aux initiatives de santé mentale à l'intention des personnes âgées, tant celles qui vivent de façon

Forensic services in this province are quite unable to meet either the needs of that particular clientele, or provide services for people with combined psychiatric and intellectual deficits.

I would recommend a nationwide initiative to allow clinicians to demonstrate innovative projects, which would enable us to compare key service issues.

I will step away from the clinical area. I do not need to reiterate to anyone here that improved accessibility means well-integrated continuums of service. It means better links between front-line mental health services and the specialized services such as the 53 different programs that we offer at the hospital. It implies more funding for home care, ambulatory and Assertive Community Treatment type programs, as well as residential services.

Today, and tomorrow morning at 8:00, it depends on the optimal use of the services and the individual professionals already in place. We need to ensure improved internal system performance and to revisit the domains of professional competency to allow for more latitude in professional practice for non-physician professionals. We have a shortage of physicians. We have a great demand. We have other professionals who are not used to their full capacity.

For example, the nurse practitioner role in Quebec is virtually nonexistent. And our recent Law 90, which is attempting to set up a structure that will allow us to deal with that, is a very hesitant first step towards allowing all professionals to enjoy greater professional latitude in their practice.

Consider for a moment the impact on the delays that we are hearing about of the 62,000 nurses in this province who could conceivably diagnose — to an extent — treat, admit and discharge people in nurse/physician partnerships. Consider the impact on someone you know who is waiting for services.

I do not have any problems with that. My brother is schizophrenic. I can think of all kinds of more important things that he could be doing with his life than trying to keep track of his various appointments and contacts if he could deal directly with a nurse case-manager.

Consider also the importance of primary care models — I think Dr. Israël was talking about that when I came in — and the different types of case management practices. Despite strong evidence that both of these initiatives are contributing to the quality of patient care, they are not widespread in mental health, especially in our area.

autonome que celles qui sont en établissement, ainsi qu'aux initiatives de retour au travail dans des emplois permanents et aux initiatives de logement stable. Les services de psychiatrie légale de notre province sont tout à fait incapables de répondre aux besoins de cette clientèle ou d'offrir des services aux personnes qui souffrent de problèmes psychiatriques combinés à des déficiences intellectuelles.

Ce que je recommande, c'est une initiative nationale qui permet aux cliniciens de mettre sur pied des projets innovateurs de démonstration, projets qui nous permettront de comparer les enjeux essentiels des services.

Mais permettez-moi de m'écarter du domaine clinique. Nul n'est besoin de répéter ici qu'un meilleur accès exige des continuums des services bien intégrés. Cela signifie qu'il faut de meilleurs liens entre les services de santé mentale de première ligne et les services spécialisés, par exemple, les 53 programmes différents que nous offrons à l'hôpital. Cela signifie également qu'il faut financer davantage les programmes de soins à domicile, de soins ambulatoires et les programmes de soins de type de suivi intensif dans la communauté, de même que les services en établissement.

À l'heure actuelle, cela dépend d'une utilisation optimale des services et des professionnels qui sont déjà à notre disposition. Nous devons veiller à améliorer le rendement de nos systèmes internes et revoir les domaines de compétences professionnelles de façon à permettre un plus grand recours aux services professionnels de soignants qui ne sont pas des médecins. Il y a une pénurie de médecins. La demande est très forte. Nous avons par contre d'autres professionnels dont les services ne sont pas pleinement utilisés.

Par exemple, la fonction d'infirmier praticien n'existe à peu près pas au Québec. Dans la loi 90, qui a été adoptée récemment, on essaie de mettre en place une structure qui nous permettra de régler ce problème; c'est là un premier pas très hésitant qui vise à permettre à tous les professionnels d'avoir une plus grande marge de manoeuvre dans l'exercice de leur profession.

Imaginez l'effet que pourrait avoir sur les listes d'attente dont on nous parle toujours le fait de permettre à 62 000 infirmiers et infirmières de cette province de diagnostiquer des patients — dans une certaine mesure, de les traiter, de les admettre en établissement et de leur donner leur congé en partenariat avec les médecins. Imaginez quel effet cela pourrait avoir pour l'une de vos connaissances qui attend d'obtenir ces services.

Cela ne poserait aucun problème. Mon frère est schizophrène. Il aurait sans doute beaucoup mieux à faire dans la vie que de tenir à jour la liste de ses divers rendez-vous et de ses contacts s'il pouvait traiter directement avec une infirmière ou un infirmier chargé de gérer son cas.

Pensez également à l'importance des modèles de soins primaires — je crois que c'est la Dre Israël qui en parlait lorsque je suis arrivée — et des différentes méthodes de gestion des cas. Même s'il existe des preuves évidentes que ces deux types d'initiatives améliorent la qualité des soins aux patients, elles ne sont pas très répandues en santé mentale, surtout dans notre région.



Will it take financial incentives to ensure that we take what is known in the literature and transpose it locally, here in the Montreal and Greater Montreal area? If that is the case, then so be it.

To me, improved accessibility also means that patients are partners. We need in this province and in this country a stronger "patients as partners" approach to mental health care. We lag behind on that approach in Quebec. Families may not be the experts on psychiatric illnesses, but they are definitely the experts on what their loved ones need and what their role can or cannot be.

One other critical issue about access, which I am sure my colleagues will bring up, has to do with access to information and electronic patient records. Please, we need that as soon as possible.

The second key point has to do with human resources — developing, recruiting and retaining qualified professionals, both as clinicians and clinician managers. I was very happy to hear one of our physician colleagues demonstrate an interest in that role. This is key to the sustenance of patients and their families in any discipline, but especially so in psychiatry.

For example, there is a large body of research in nursing administration that demonstrates that professional roles, that is, allowing nurses to operate autonomously, ample provision for professional development in the workplace, and the appropriate and timely support of superiors is critical to retaining qualified practitioners.

**The Chairman:** Can I ask you to condense your comments? I want to make sure that there is time to hear from everybody and ask some questions.

**Ms. Kershaw-Bellemare:** Certainly. We need to give our practitioners more training on-site, more autonomous roles and more participation in the issues with which we are grappling in health care.

Our staff are getting older. We have to think about that today. The average age of our personnel is 46 and a half, and between now and 2012, we will need to replace 40 per cent.

Some solutions that I would like to put forward have to do with reorganization projects that identify what clinical issues need to be addressed by clinicians, specifically, in certain cases, nurses, and what can be addressed by non-clinical people to liberate professionals to do patient care. We think of wide, expansive control, but our managers are trying to manage too many services and too many people and they are not succeeding.

We need interdisciplinary educational programs that are closely integrated into practice settings, and this means better links with our universities. This means sharing our limited

Faudra-t-il des incitatifs financiers pour passer de la théorie à la pratique à l'échelle locale, ici à Montréal et dans notre métropole? Si oui, prenons les mesures qui s'imposent.

Pour moi, un accès accru signifie également que les patients sont des partenaires. Dans notre province et dans l'ensemble du pays, il faudrait considérer davantage les personnes comme nos partenaires dans les soins de santé mentale. C'est une approche dans laquelle nous accusons du retard au Québec. Les familles ne sont peut-être pas des expertes des maladies mentales, mais elles sont définitivement les mieux en mesure de savoir de quoi leurs proches ont besoin et quel rôle elles peuvent ou ne peuvent pas jouer.

L'autre élément essentiel au sujet de l'accès, et je suis sûre que mes collègues en parleront également, c'est l'accès à l'information des dossiers électroniques des patients. S'il vous plaît, nous en avons besoin le plus tôt possible.

Le deuxième élément clé est celui des ressources humaines — l'information, le recrutement et le maintien de professionnels qualifiés, tant pour ce qui est des cliniciens que des gestionnaires-cliniciens. J'ai été très heureuse de constater qu'un de nos collègues médecin s'intéresse à cette question. C'est un élément essentiel pour aider les patients et leur famille dans n'importe quel domaine, mais plus particulièrement en psychiatrie.

Par exemple, il existe en administration des soins infirmiers de nombreux documents d'analyse montrant que des fonctions professionnelles, c'est-à-dire le fait de permettre aux infirmiers et infirmières de travailler de façon autonome, d'amples possibilités de perfectionnement professionnel en milieu de travail et un soutien adéquat et opportun des supérieurs sont essentiels pour conserver des praticiens qualifiés.

**Le président:** Pourrais-je vous demander de condenser vos observations? Nous voulons nous assurer d'avoir suffisamment de temps pour entendre tout le monde et pour poser des questions.

**Mme Kershaw-Bellemare:** Bien sûr. Nous devons offrir à nos praticiens plus de formation en milieu de travail, plus d'autonomie dans leurs fonctions et une plus grande participation dans les questions que nous essayons de résoudre dans le domaine des soins de santé.

Notre personnel ne rajeunit pas. Nous devons y penser dès maintenant. L'âge moyen de notre personnel est de 46 ans et demi. D'ici 2012, il faudra remplacer 40 p. 100 de notre effectif.

Les solutions que j'aimerais proposer portent pour certaines sur des projets de réorganisation qui permettent d'identifier les questions cliniques que les cliniciens doivent régler, plus particulièrement les infirmiers et infirmières, dans certains cas, et qui peuvent être traitées par du personnel non clinique afin de laisser plus de temps aux professionnels pour s'occuper des patients. On parle de contrôles larges et complets, mais nos gestionnaires essaient de gérer trop de services et trop de gens, et cela ne donne pas de bons résultats.

Nous avons besoin de programmes d'enseignement interdisciplinaires étroitement intégrés dans la pratique, et il faut pour cela de meilleurs liens avec nos universités. Cela signifie

resources. Good teaching takes good people, and time. We need to build the structure that will allow good clinicians in the workforce to become good role models, good mentors and good teachers.

The last thing that I would like to talk about briefly is stable, long-term funding. I can only plead with you to agree that we need to fund continuums of care in large practice roles and integrate people into permanent jobs, permanent residential settings and programs that support teaching and research linked to clinical practice. Thank you.

**The Chairman:** Thank you.

**Ms. Myra Piat, Researcher, Douglas Hospital:** Honourable Chairman Kirby and honourable senators, I am pleased to be here today to discuss the delivery of mental health services. I am a researcher in the ultra-specialized services division at the Douglas Hospital, and I am sure you know our hospital is McGill University-based and a member of the World Health Organization. I am also an Assistant Professor in the Department of Psychiatry and Social Work at McGill University.

Before embarking upon my career as a researcher, I worked for over 15 years in social services, both in the community and public sectors. Over the past 10 years, my area of specialization has been deinstitutionalization, housing, employment and the negative reaction of communities to group homes or housing, better known as the NIMBY phenomenon.

In my presentation today, and I will try to limit it to five minutes, I will focus on three distinct issues related to the delivery of services to persons with mental health problems. I would like to briefly discuss, firstly, the linkage of service delivery to evaluation; secondly, the role of multidisciplinary teams in developing evaluations; and thirdly, the importance of housing in the delivery of mental health services.

My first preoccupation relates to the need to link the delivery of mental health services to evaluation. Very often, mental health service delivery and the work of multidisciplinary teams are kept separate from the task of evaluating services. For example, it is not uncommon for us to evaluate on a case-by-case basis as situations arise. Often, evaluation is an "add-on" or, at other times, "imposed." Multidisciplinary teams may view evaluation as more work that results in few concrete benefits. Consequently, evaluation is not always an integral part of service delivery. However, I believe that in order to improve the quality of existing services, as well as develop new and improved services, concrete links must be developed between service delivery and evaluation.

Everyone will agree that there is a need to evaluate services on an ongoing basis. How we do it, whom to involve and how we make it useful and pertinent are the challenges we face. I firmly

qu'il faut partager nos ressources limitées. Pour donner un bon enseignement, il faut des gens et du temps. Nous devons mettre en place une structure qui permettra aux bons cliniciens de l'effectif de devenir de bons modèles, de bons mentors et de bons enseignants.

Le dernier élément dont je vais parler brièvement est le financement stable à long terme. Je ne peux que vous prier de convenir avec nous qu'il faut financer des continuums de soins dans des pratiques élargies et donner aux gens des emplois permanents, dans des programmes et des établissements permanents qui appuient l'enseignement et la recherche liés à la pratique clinique. Merci.

**Le président:** Merci.

**Mme Myra Piat, Hôpital Douglas:** Honorable président Kirby, honorables sénateurs, je suis heureuse de me présenter devant vous aujourd'hui pour discuter de la prestation des services en santé mentale. Je suis chercheuse à la Division des services ultraspecialisés de l'Hôpital Douglas. Comme vous le savez j'en suis sûre, notre hôpital fait partie de l'Université McGill et est membre de l'Organisation mondiale de la santé. Je suis également professeure adjointe au Département de psychiatrie et des services sociaux à l'Université McGill.

Avant d'entreprendre une carrière dans la recherche, j'ai travaillé pendant plus de 15 ans dans le domaine des services sociaux, tant au niveau communautaire que dans le secteur public. Depuis 10 ans, je me suis spécialisée dans la désinstitutionnalisation, le logement, l'emploi et les réactions négatives des collectivités à l'égard des foyers collectifs; c'est ce qu'on appelle habituellement le phénomène du pas de ça chez moi.

Je vais essayer de limiter mon exposé d'aujourd'hui à cinq minutes. Mon propos portera plus précisément sur trois questions distinctes liées à la prestation de services aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Il s'agit d'abord du lien entre la prestation de services et l'évaluation; deuxièmement, du rôle des équipes multidisciplinaires dans l'élaboration des évaluations, et troisièmement, de l'importance du logement dans la prestation des services de santé mentale.

Ma première préoccupation, c'est la nécessité d'un lien entre la prestation des services de santé mentale et l'évaluation. Très souvent, les services de santé mentale et le travail des équipes multidisciplinaires sont tenus à l'écart des services d'évaluation. Par exemple, il est assez courant pour nous d'évaluer les situations au cas par cas. L'évaluation est souvent «additionnelle» ou, dans d'autres cas, elle est «imposée». Pour les équipes multidisciplinaires, l'évaluation est souvent considérée comme un travail supplémentaire qui rapporte peu d'avantages concrets. Par conséquent, l'évaluation ne fait pas toujours partie intégrante de la prestation des services. Je crois toutefois que pour améliorer la qualité des services actuels, ainsi que pour mettre au point des services nouveaux et améliorés, il faut créer des liens concrets entre la prestation des services et l'évaluation.

Nous sommes tous d'accord sur le fait qu'il faut évaluer constamment les services. Il faut voir comment les services sont offerts, qui participe à leur prestation et comment ces services



believe that the various stakeholders involved in both providing and receiving services should be given the opportunity to evaluate them. This includes mental health professionals, caregivers, families, community organizations and consumers.

Consumers have increasingly been called upon to evaluate services and most would agree that their opinions are important. However, consumers have very little power in the mental health system and it is often difficult to engage them in this task. They are afraid, intimidated, or worried about the repercussions of giving feedback to professionals who provide services.

Currently, I am principal investigator on two Canadian Institutes of Health Research grants, where we are attempting to evaluate consumer satisfaction with services in foster homes, better known as family care homes, in Montreal. We have over 800 deinstitutionalized persons living in these community-based homes. In one study, we used focus groups to develop a questionnaire designed specifically for these homes. In another study, we are interested in evaluating how people are helped. In both studies, the focus is on the consumer's evaluation of the services he or she receives in the community.

It is worthwhile noting that although the multidisciplinary teams initiated these projects, we are currently encountering certain difficulties in recruiting consumers for these studies. We are learning that a great deal of effort must be made to encourage consumers to become involved in evaluating services. It is also crucial that mental health professionals participate in identifying the areas for evaluation. The role of multidisciplinary teams in developing evaluative research is the second issue I would like to address.

In order for any evaluation to be meaningful and useful, there has to be collaboration between the multidisciplinary teams and evaluators. Evaluation has to be driven from the grassroots up. I mean that the decision to evaluate a specific program or service should emanate from the multidisciplinary team. I am convinced that mental health professionals, including social workers, nurses, psychiatrists and psychologists are more than qualified to invest in this process of developing an agenda for the evaluation of mental health services.

Although some health professionals will complain that they are overworked and have little time for evaluation, I believe firmly that involving them in this process is crucial. Additional monies must be invested in order for this to take place. In my current position, we have been successful in developing several evaluations with different multidisciplinary teams. Ultimately, these efforts will result in improved services to persons with serious mental illness.

peuvent être utiles et pertinents. Je suis persuadée que ceux qui offrent ces services autant que ceux qui les reçoivent devraient avoir la possibilité de les évaluer. Cela inclut les professionnels de la santé mentale, le personnel soignant, les familles, les organisations communautaires et les consommateurs.

On demande de plus en plus aux consommateurs d'évaluer des services et la plupart d'entre eux reconnaissent que leurs opinions sont importantes. Toutefois, les consommateurs ont très peu de pouvoir dans le système de la santé mentale et il est souvent très difficile de les engager dans une telle évaluation. Ils se sentent craintifs, intimidés ou inquiets des répercussions ou des opinions fournies aux professionnels qui offrent les services.

À l'heure actuelle, je suis chercheuse principale pour deux projets subventionnés par les Instituts de recherche en santé du Canada. Dans ces projets, nous essayons d'évaluer la satisfaction des consommateurs à l'égard des services offerts en foyer d'accueil ou, comme on les appelle à Montréal, en famille d'accueil. Plus de 800 personnes désinstitutionnalisées vivent dans ces foyers situés dans la communauté. Dans l'une des études, nous avons eu recours à des groupes d'étude pour élaborer un questionnaire spécialement adapté à ces foyers. Dans l'autre, nous essayons d'évaluer comment on aide les gens. Ces deux équipes mettent l'accent sur l'évaluation par le consommateur des services qu'il reçoit dans la communauté.

Il importe de noter que même si ces projets ont été lancés par des équipes pluridisciplinaires, nous avons actuellement de la difficulté à recruter des consommateurs pour participer à ces études. Nous apprenons qu'il faut investir beaucoup d'efforts pour encourager les consommateurs à participer à des évaluations de service. Il est également essentiel que les professionnels de la santé mentale participent à l'identification des domaines à évaluer. Le rôle des équipes pluridisciplinaires dans l'élaboration des recherches évaluatives est le second sujet dont je vais vous parler.

Pour qu'une évaluation puisse être utile et pertinente, il faut que les équipes pluridisciplinaires et les évaluateurs collaborent entre eux. L'évaluation doit se faire de la base vers le sommet. J'entends par là que la décision d'évaluer un programme ou un service doit venir de l'équipe pluridisciplinaire. Je suis persuadée que les professionnels de la santé mentale, y compris les travailleurs sociaux, le personnel infirmier, les psychiatres et les psychologues, sont amplement qualifiés pour participer à l'élaboration d'un programme pour l'évaluation des services de santé mentale.

Certains professionnels de la santé se plaignent d'être débordés de travail et d'avoir peu de temps à consacrer aux évaluations, mais je suis persuadée qu'il est essentiel de les amener à participer à un tel exercice. Il faut investir des sommes supplémentaires pour faire ces évaluations. Depuis que j'occupe ce poste, nous avons réussi à élaborer plusieurs évaluations avec diverses équipes pluridisciplinaires. En fin de compte, ces efforts permettront d'améliorer les services offerts aux personnes qui souffrent de maladies mentales graves.

Finally, I would like to address the issue of housing as the cornerstone of the delivery of mental health services. One cannot overstate the importance of providing decent, affordable housing for persons with mental illness. Without this, all our efforts to deinstitutionalize may be jeopardized. The situation in Montreal, as elsewhere in Canada, is problematic. Despite the best practices literature, previous research and government orientations, we still do not have a full range of housing available for persons with serious mental illness. Very little choice is offered, as the majority of housing available is limited to family care homes or foster homes.

Clearly, additional monies from both provincial and federal governments are required to develop new forms of social housing that will better reflect the diverse needs of this population. Improving the quality of our mental health services is very much dependent on investing in new and innovative housing for this population.

**The Chairman:** Thank you very much. Next we have Amparo Garcia from the Adult Ultraspecialized Services Division of the Douglas Hospital.

**Ms. Amparo Garcia, Clinical-Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division, Douglas Hospital:** Thank you, senators, for your invitation. I am pleased to be here to share my ideas concerning the role of different professionals in mental health practice, both hospital and community based. As a clinical administrator of ultra-specialized services at Douglas Hospital, I will emphasize my experience with the severe and persistent population.

The lack of an adequate, agreed-upon paradigm is a major problem in mental health services, particularly for the rehabilitation of people with disabling mental illness. The judgments of clinicians and community workers and the choices of service recipients, consumers and advocates are all based on some underlying set of logical and philosophical premises. However, because of the absence of a commonly accepted paradigm, each individual has a unique and idiosyncratic set of premises and practices. When it comes to staff, they all answer according to their particular profession — nursing, psychology, social work, psychiatry, et cetera; and/or location, whether hospital based or community based.

In the case of mental illness and rehabilitation, there is no paradigm that enjoys the degree of consensus found in medicine or law. As a result, there is a pervasive ambiguity about what the goals of rehabilitation should be, who can benefit, or even what “rehabilitation” and “disabling mental illness” really mean. As a result, decisions and choices that make sense to one individual may make no sense to others. Without a paradigm policy, the

Enfin, je vais parler du logement, qui est la clé de voûte de la prestation des services de santé mentale. On ne saurait trop insister sur l'importance d'offrir un logement convenable et abordable aux personnes qui souffrent de maladies mentales. Sinon, tous nos efforts de désinstitutionnalisation peuvent être compromis. Il existe à ce sujet des problèmes à Montréal, comme ailleurs au Canada. Malgré les documents sur les pratiques exemplaires, les recherches antérieures et les directives du gouvernement, nous n'avons toujours pas une gamme complète de logements à offrir aux personnes qui souffrent de maladies mentales graves. Les choix sont très limités et dans la plupart des cas, le logement se limite à des foyers d'accueil ou à des centres d'accueil.

Il est clair que les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral doivent investir davantage dans la création de nouvelles formes de logement social qui répondront mieux aux divers besoins de la population. L'amélioration de la qualité de nos services de santé mentale dépend grandement d'investissements dans la construction de logements nouveaux et innovateurs à l'intention de cette population.

**Le président:** Merci beaucoup. Nous entendrons maintenant Amparo Garcia, de la Division des services ultraspécialisés aux adultes de l'Hôpital Douglas.

**Mme Amparo Garcia, chef clinico-administrative, Division des services ultraspécialisés pour adultes, Hôpital Douglas:** Honorables sénateurs, merci de votre invitation. Je suis heureuse de vous rencontrer aujourd'hui pour vous faire part de mes idées sur le rôle des différents professionnels dans le domaine de la santé mentale, tant au niveau hospitalier qu'au niveau communautaire. À titre d'administratrice clinique des services ultraspécialisés à l'Hôpital Douglas, je mettrai l'accent sur mon expérience auprès des patients souffrant de problèmes graves et persistants.

L'absence d'un paradigme adéquat et reconnu est un problème grave dans les services de santé mentale, particulièrement pour la réadaptation de personnes qui souffrent de maladies mentales invalidantes. Les décisions des cliniciens et des travailleurs communautaires, ainsi que les choix des bénéficiaires des services, des consommateurs et des militants se fondent toutes sur un certain nombre de postulats logiques et philosophiques. Mais compte tenu de l'absence d'un paradigme reconnu par tous, chaque personne se fonde sur ses postulats et ses pratiques particuliers. Dans le cas du personnel, chacun réagit selon sa profession — infirmier ou infirmière, psychologue, travailleur social, psychiatre, et cetera — ou selon son lieu de travail, que ce soit l'hôpital ou la communauté.

Dans le cas de la santé mentale et de la réadaptation, il n'existe pas de paradigme qui recueille le même consensus qu'en médecine ou en droit. Par conséquent, il existe une ambiguïté insidieuse quant à ce que devraient être les objectifs de la réadaptation, qui peut en bénéficier ou même comment on définit la réadaptation ou la maladie mentale invalidante. Par conséquent également, les décisions et les choix qui peuvent sembler logiques dans un cas



mental health service system is driven too little by science, technology and real social needs and too much by politics and misconceptions.

The current dominant paradigm for mental health, the medical model, has been in place for at least a century. A rehabilitation paradigm has emerged from the challenges of deinstitutionalization. It views severe mental illness as "disabilities to be overcome" rather than a "disease to be cured." Treatment usually includes psychiatric medication to suppress psychiatric symptoms, but the emphasis is on functional recovery, overcoming disability and living as normal a life as possible. Most importantly, treatment includes a process of evaluation and appraisal in which the client, the identified "patient" in the medical model, is a key participant.

This process identifies the client's desires and needs and the conditions or circumstances that prevent their realization. Then a plan is formulated by the interdisciplinary team for acquisition of new skills for overcoming those barriers, which the client acquires in an educational rather than a clinical format.

Similarly, the structure of clinical decision-making and service administration associated with the conventional medical model are under attack by forces ranging from practical limitations to health care policy and consumer and community activism. A new, more inclusive, integrated paradigm is evolving. A new way of working among all stakeholders must be created.

In an integrated paradigm, team organization should be determined by the nature of the problems and the technologies, not by the professions or the power of selected team members. The rehabilitation team consists of the recovering person, significant others in the person's social environment and providers of rehabilitation services, the last two also including community workers.

The specific representation of clinical disciplines and specialties on a team vary over time, as the recovering person's rehabilitation needs evolve. The particular activities performed by team members from various disciplines vary, due to variation in local practice and individual backgrounds. It is therefore unhelpful to define rehabilitation in terms of representations of specific professions, disciplines or individuals, with the exception of the recovering person, of course. However, it is possible to identify particular roles that generally need to be performed by one team member or another. Team members often perform more than one role, and roles are sometimes passed back and forth as circumstances change and rehabilitation and recovery progress.

Both excellent and inferior treatment and care are found in both community- and hospital-based service settings, and neither can be described unqualifiedly as inherently better for all patients under all circumstances. Thus, efforts to reach not only

risquent de ne pas l'être pour d'autres. Sans politique paradigmatique, le système des services de santé mentale repose trop peu sur la science, la technologie et les besoins sociaux réels et trop sur la politique et les idées fausses.

Depuis au moins 100 ans, le paradigme dominant en santé mentale est celui de la médecine. Les défis de la désinstitutionnalisation ont donné lieu à un paradigme de la réadaptation. Dans ce paradigme, la santé mentale grave est perçue comme une incapacité à surmonter plutôt que comme une maladie à guérir. Le traitement comprend généralement le recours à une médication pour supprimer les symptômes psychiatriques, mais les efforts visent surtout à obtenir un rétablissement fonctionnel, à surmonter l'incapacité et à vivre une vie aussi normale que possible. Plus encore, le traitement inclut une évaluation dans laquelle le client, celui qu'on appelle le «patient» dans le modèle médical, est l'un des principaux participants.

Dans cette évaluation, on détermine quels sont les désirs et les besoins du client, ainsi que les conditions ou les situations qui en empêchent la réalisation. L'équipe interdisciplinaire met ensuite au point un plan en vue de l'acquisition de nouvelles compétences qui permettront de surmonter ces obstacles, compétences que le client acquiert selon une formule éducative plutôt que clinique.

De même, la structure des décisions cliniques et de l'administration des services associés au modèle médical traditionnel fait l'objet de pressions exercées par des forces qui vont des limites pratiques à la politique des soins de santé jusqu'au militantisme des consommateurs et des communautés. Mais un nouveau paradigme plus intégré et plus inclusif est en train d'évoluer. Il faut trouver un nouveau moyen d'amener tous les intervenants à travailler de concert.

Dans un paradigme intégré, l'organisation de l'équipe devrait être déterminée en fonction de la nature des problèmes et des technologies, et non par les professions ou les pouvoirs de certains membres de l'équipe. L'équipe de réadaptation est composée de la personne en rétablissement, de ses proches dans son milieu social et des personnes qui offrent les services de réadaptation; ces deux derniers groupes comprennent également les travailleurs communautaires.

La représentation de diverses spécialités et disciplines cliniques au sein de l'équipe évolue avec le temps, parallèlement à l'évolution des besoins de la personne en rétablissement. Les tâches accomplies par les membres de l'équipe varient également en fonction des diverses pratiques locales et de l'expérience de chacun. Il n'est donc pas utile de définir la réadaptation en fonction de la représentation de professions particulières, de disciplines ou de personnes, sauf dans le cas de la personne traitée, bien sûr. Il est toutefois possible de préciser les tâches de chaque membre de l'équipe, d'une façon générale. Ces membres jouent souvent plus d'un rôle, et chacun de ces rôles peut être transféré à un autre membre, selon l'évolution des circonstances, et les progrès de la réadaptation ou du rétablissement.

Dans les soins offerts en communauté et en hôpital, on trouve des traitements d'excellente qualité et de qualité inférieure, et on ne saurait dire de façon définitive qu'un type de soins vaut mieux pour tous les patients, dans tous les cas. Par conséquent, il faut

productive coexistence, but also productive unification are definitely in order at this time. It is important that we attempt to de-polarize extreme views on the issue of psychiatric hospital care. People whose lives are affected by severe mental illness must not be further victimized by the intransigence of ideologies or by the political correctness in fashion.

The psychiatric hospital has an important role to play in research and training, as well as in the development of state-of-the-art, specialized interventions. The transfer of this knowledge to different stakeholders is an essential part of its function. It is also the role of a psychiatric hospital to continue to provide treatment, care and protective services within a comprehensive system of care that should be integrated with community services.

An important fact about evaluation is that quality control is only as effective as the management actions undertaken in response to its results. It does not much matter what data reveal, if nobody has the accountability or authority to act on the problem. This might be especially problematic in medical settings, where demands for procedural fidelity are sometimes interpreted as violating physicians' prerogatives.

Planners and administrators must, whenever their programs are evaluated, use as outcome criteria more subtle measures of appropriateness of services such as quality of care and quality of life measures, instead of the traditional indices of the hospital tenure — declines in numbers of admissions and length of stay.

**The Chairman:** Thank you. Finally, we have Manon Desjardins, the Clinical Administration Chief of the Adult Sectorized Services Division of the Douglas Hospital.

[Translation]

**Ms. Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Ultra Specialized Services Division, Douglas Hospital:** Thank you for the invitation. It is a pleasure for me to share with you my thinking on the issue of mental health service delivery.

I see that you have listed doctors, psychiatrists, nurses, psychologists and social workers. I would add occupational therapists, who play a very important role in the integrated services system for people with mental health problems.

With respect to doctors, psychiatrists, nurses, psychologists, social workers and occupational therapists, there are three major points to consider.

First, there is the labour shortage. Whatever the desired quality of service delivery, there is no getting around the fact that we currently have problems with recruitment and retention of staff in our establishments for the types of services we deliver.

donc s'attacher à créer une coexistence et une unité productive. Il est important de dépolieriser les points de vue extrêmes au sujet des soins en hôpital psychiatrique. Les personnes dont la vie est bouleversée par des maladies mentales graves ne doivent plus être victimes de l'intransigence des idéologies ou de la rectitude politique à la mode.

L'hôpital psychiatrique a un rôle important à jouer dans les domaines de la recherche, de la formation et de l'avancée des interventions spécialisées d'avant-garde. Communiquer ses connaissances est une part essentielle de sa fonction. L'hôpital psychiatrique a aussi pour rôle de traiter, de soigner et d'héberger les patients dans le contexte d'un système de santé global qui devrait s'intégrer dans les services communautaires.

En termes d'évaluation, il ne faut pas oublier que l'utilité du contrôle de la qualité est fonction des mesures qu'elle incite les fonctionnaires à prendre. Peu importe ce que révèlent les données si personne n'a le pouvoir ou la responsabilité d'agir en conséquence. En milieu médical où demander d'appliquer certaines procédures est parfois interprété comme une atteinte aux prérogatives du personnel médical, cela peut poser des problèmes.

Il faut, chaque fois que leurs programmes sont évalués, que les planificateurs et les administrateurs usent de subtilité pour faire appliquer les mesures nécessaires et invoquent la qualité des soins, la qualité de vie plutôt que d'invoquer les indices traditionnels de gestion hospitalière — chute du nombre d'admissions, durée de séjour, et cetera.

**Le président:** Merci. Pour finir, nous entendrons Manon Desjardins qui est chef clinico-administrative de la Division des services sectorisés pour adultes de l'Hôpital Douglas.

[Français]

**Mme Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes à l'Hôpital Douglas:** Je vous remercie de l'invitation. Il me fait plaisir de partager avec vous mes réflexions sur la question de prestation de services en santé mentale.

Je vois que vous avez inscrit des médecins, des psychiatres, des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux. J'ajouterais aussi les ergothérapeutes, qui jouent un rôle très important à l'intérieur d'un système de services intégrés pour les gens atteints d'un problème de santé mentale.

Par rapport aux médecins, aux psychiatres, aux infirmières, psychologues, T.S. et ergothérapeutes, il faut considérer trois points importants.

D'abord, la pénurie de main-d'œuvre. Peu importe la dualité de services qu'on veut offrir, on doit considérer que, présentement, on a une certaine difficulté à recruter du personnel, à attirer le personnel et à garder le personnel dans nos établissements ou dans les types de services qu'on offre.



For example, I can tell you that out of ten nurses who will graduate this year, only one will choose psychiatry. It is therefore very important for our national planning to include measures to encourage people to work in the area of mental health, to show them how rewarding, motivating and stimulating it can be.

So we need to encourage people to work in the mental health field earlier rather than later in high school, and certainly well before college or university.

The labour shortage also requires that we consider reorganizing the work of all of these professionals, including doctors. If we retain the conventional hospital model, we will not be able to provide the clients we serve with all of the services we would like to.

Second, I would like to talk about intradisciplinarity. We often say we want to deliver quality services to clients. I think intradisciplinarity could be a good way to provide rapid access to quality service.

We already have intradisciplinarity within our institutions. But we can also do intradisciplinarity work with lots of partners around us. And that is probably the key to success for the type of mental health intervention we are proposing.

Third, we are talking about service integration, partnership with the front lines in the areas of screening, monitoring and service continuity for our clients, with service and case-management plans, when necessary.

As for doctors and psychiatrists, we currently have in Quebec an organization of general practitioner services called family medicine groups. It is still in the early stages. The idea is to provide services to the general clientele 24 hours a day, seven days a week, etc.

In order to better monitor clients with mental health problems, general practitioners should be supported by services provided within this type of group, by funding psychologists or social workers to lighten their load. This means that there would no longer be such ready access to secondary care, because a lot of problems could be dealt with right on the front lines, such as identifying and treating depression.

Joint monitoring is the way to go. The Douglas Hospital, among others, could surely be a special partner, given its expertise in planning this kind of services.

As for nurses, let me say that it would be important to recognize their expertise as professionals and that specific training would allow them greater autonomy, particularly in the area of triage or referring clients to the appropriate services.

As for psychologists, social workers and occupational therapists, they should be more integrated into institutional practice, particularly psychologists found mainly in private

Par exemple, je peux vous dire que sur dix infirmières qui finiront cette année, une seule seulement choisira la psychiatrie. Il est donc très important d'avoir, dans votre planification nationale, des mesures pour inciter les gens à travailler en santé mentale, pour voir comme cela peut être valorisant, motivant et intéressant comme pratique.

Il faut donc inciter les gens à travailler en santé mentale dès le niveau secondaire et pas attendre au cégep ou à l'université.

La pénurie de main-d'oeuvre nous oblige aussi à considérer une réorganisation du travail impliquant tous ces professionnels, y inclus les médecins. Si on conserve un modèle hospitalier traditionnel, on n'arrivera pas à offrir à la clientèle qu'on dessert tous les services qu'on voudrait offrir.

En deuxième lieu, j'aimerais parler de l'interdisciplinarité. On dit souvent qu'on veut offrir des services de qualité aux clients. Je pense que l'interdisciplinarité peut être un moyen intéressant pour permettre d'offrir service de qualité rapidement accessible.

L'interdisciplinarité interne existe dans nos établissements. Mais nous pouvons aussi travailler en interdisciplinarité avec plein de partenaires autour de nous. Et c'est probablement la clé du succès pour le type d'intervention que nous proposons en santé mentale.

Troisièmement, on parle d'intégration des services, de partenariat avec la première ligne pour ce qui est du dépistage, du suivi, de la continuité de services pour nos clients, avec des plans de services et des gestionnaires de cas, lorsque nécessaire.

Pour ce qui est des médecins et des psychiatres, nous avons présentement au Québec une organisation de services en omnipratique, ce que nous appelons les groupes de médecine familiale. C'est encore au stage embryonnaire. Il existe une volonté d'offrir des services à la clientèle en général, vingt-quatre heures par jour, sept jours/semaine, et cetera.

Pour mieux faire le suivi d'une clientèle ayant des problèmes de santé mentale, les médecins omnipraticiens mériteraient d'être supportés par des services que l'on offrirait à l'intérieur de ce type de regroupement, en finançant des psychologues ou des travailleurs sociaux qui pourraient alléger leur suivi. Ceci ferait en sorte qu'ils ne s'adresseraient pas aussi facilement en 2e ligne puisqu'ils seraient capables, déjà en 1re ligne, de régler plusieurs difficultés, notamment l'identification de la dépression et son traitement.

Il faut favoriser un suivi conjoint. Entre autres, l'Hôpital Douglas peut sûrement être un partenaire particulier avec l'expertise dont il dispose pour planifier ce genre de services.

Quant aux infirmières, je me permets de dire qu'il serait important de reconnaître l'expertise de ces professionnelles et que des formations spécifiques leur permettraient une plus grande autonomie, notamment au niveau du triage ou de la réorientation de la clientèle vers un service à un niveau convenable.

Pour ce qui est des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes, on devrait davantage les intégrer à la pratique en établissement, particulièrement en ce qui concerne les

practice and to a lesser extent in our CLSCs, or local community service centres. At the Douglas Hospital, we are fortunate. We have about 40 of them, but that is surely not enough to provide services in the community and in our sectoral teams, for example.

We should therefore contemplate practice by specialized professionals that would increase the accessibility of various services. They are fully capable of dealing with specific problems like anxiety, phobias, etc., because they now have master's or PHD training.

As for social workers, I think they will be invaluable in terms of continuity of care and integrated services, especially with respect to desinstitutionnalization. That was a huge movement. The idea was to make life more normal for people who were formerly in psychiatric hospitals or asylums, and I think this movement is worthy of mention.

Community supervision has proven difficult. They may have been a desire to save money, but I think you have to work with professionals who fully understand the impact of family, society and the community in order to help clients with mental health problems to fit back into society better instead of feeling abandoned by the health care system.

As for occupational therapists, I would obviously say that they are very important in all rehabilitation programs for clients to regain control over their lives, to relearn how to do things they had forgotten, to relearn things that they were no longer able to do for some time, but that they can surely get back.

Self-esteem and independence make people happy and cost less, in general, than health care services.

Unlike hospitals and community services, clearly the Douglas Psychiatric Hospital provides specialized services according to very strict criteria.

We can therefore be a special partner for a specific clientele, but we can also be a specific partner for people having problems on the front lines, such as Quebec's CLSCs. We can enter into partnerships with universities to develop innovative practices and also with the research and teaching network to come up with new ways of doing things.

We can also develop partnerships to evaluate the services provided. In the area of mental health, it is often difficult to evaluate an approach, a way of doing things, after one or two years, according to the set criteria.

In the area of mental health, you have to accept that service evaluation sometimes takes longer, and costs a little bit more, but the results can reliably be used to provide higher quality services in the future.

psychologues qu'on retrouve surtout en pratique privée et moins dans nos CLSC. Au Douglas, on est chanceux. On en a une quarantaine, mais il reste que ce n'est sûrement pas suffisant pour offrir des services dans la communauté et dans nos équipes de secteurs, par exemple.

Il y a donc lieu de penser à une pratique assurée pour les professionnels qui ont des expertises et qui augmenteraient l'accessibilité à différents services. Ils peuvent très bien aborder des problèmes spécifiques comme l'anxiété, les phobies, et cetera, puisqu'ils ont maintenant une formation au niveau de la maîtrise ou du doctorat.

En ce qui concerne les travailleurs sociaux, je crois qu'ils seront très précieux dans la continuité des soins et des services intégrés, notamment au niveau de la déinstitutionnalisation. Cela a été un grand mouvement. On a voulu normaliser la vie des gens qui étaient dans les asiles autrefois ou dans les centres hospitaliers psychiatriques, et je pense que ce mouvement mérite d'être souligné.

Par ailleurs, le suivi dans la communauté s'avère difficile. On a peut-être voulu économiser des sous, mais je pense qu'il faut travailler avec des professionnels qui comprennent bien l'impact de la famille, de la société, de la communauté, pour aider les clientèles ayant des problèmes de santé mentale afin qu'elles puissent mieux se réintégrer dans la société au lieu de se sentir abandonnées par le système de santé.

Quant aux ergothérapeutes, je vous dirai évidemment que les ergos sont très importants dans tous les programmes de réadaptation pour permettre aux clientèles de retrouver le contrôle sur leur vie, de réapprendre à faire des choses qu'ils avaient oubliées, de réapprendre les choses qu'ils n'ont plus été en mesure de faire pendant un certain temps, mais qu'elles peuvent sûrement retrouver.

L'estime de soi et l'autonomie rendent les gens heureux et coûtent moins cher, en général, que les services de santé.

Par rapport aux centres hospitaliers et aux services communautaires, il est évident que le Centre hospitalier psychiatrique Douglas offre des services spécialisés selon des critères très élevés.

On peut donc être un partenaire particulier pour des clientèles spécifiques, mais on peut aussi être un partenaire spécifique pour les gens qui ont des problèmes au niveau de la 1<sup>re</sup> ligne, notamment au niveau des CLSC dans le modèle québécois. On peut être un partenaire avec les universités pour développer des pratiques innovatrices et aussi avec le réseau de la recherche et de l'enseignement pour favoriser de nouvelles manières de faire.

On peut aussi être partenaire évaluer les services offerts. En santé mentale, il est souvent difficile d'évaluer une approche, une manière de faire, après une année ou deux, selon les critères qu'on nous propose.

Dans le domaine de la santé mentale, il faut accepter que l'évaluation des services soit parfois plus longue, qu'elle coûte un peu plus, mais cela donnera des résultats intéressants sur lesquels on pourra miser pour offrir par la suite des services de meilleure qualité.



The Douglas Hospital and other psychiatric hospitals in Quebec can surely also be special partners in desinstitutionnalization.

Since the goal is to improve the client's well-being, it is clear that outpatient clients may not need the same supervision, the same environment, but they do need specific services. Desinstitutionnalization is not necessarily a source of direct savings, and you cannot put a price on quality of life.

Given the position of a psychiatric hospital, I think that we have a valuable role to play and can be a leader in terms of innovation. There are many needs, many responses to those needs and many places for treatment. In order to succeed with this kind of model, moving from the emergency department to community services, to temporary admission or care, we need to choose a model that does not simply reproduce the hospital model, but in fact allows for trying new ways of doing things.

Last, I think that community services are indispensable if we are to organize those services along an integrated continuum. And the documents you have provided us indicate that if the indirect mental health costs are ever increasing and the direct costs could be changed, investing in health would be worthwhile. We may not save as much money as we would like, but we will certainly make a lot of people's dreams come true.

[English]

**Senator LeBreton:** You said something that really caught my attention when you talked about mental health and mental illness, in terms of the kind of bureaucracy and different jurisdictions. Some provinces have a ministry of health and a ministry of social services, or a ministry of community and social services. I was wondering, as I listened to you, whether in developing a national plan to deal with mental health and mental illness, there are too many levels of government that you have to deal with — for instance, for funding. You are attached to McGill University. Do you have to run around to several different departments, or how does this work for you?

**Mr. Hendlisz:** No, we are spared the running around, but the different pockets of money exist at different levels. The most trying example of that would be what we call "PACT" teams, or "Program for Assertive Community Treatment" teams that in the United States are over 20, 25 years old. When Ontario decided to develop these community active treatment teams, within a few years there were 60 of them.

In Quebec, since these teams operate in the community, the big discussion at the ministerial level was whether this is community funding, in other words social services, or medical funding. Consequently, we still do not have a government that is willing to say, "We are funding active community therapy teams."

**The Chairman:** Do you mean that they are just not funded?

Le Centre hospitalier Douglas peut sûrement lui aussi — ainsi que d'autres centres psychiatriques au Québec —, être un partenaire particulier pour la désinstitutionnalisation.

Comme l'objectif est le mieux-être de la clientèle, il est clair que les clients à l'extérieur n'ont peut-être pas besoin du même encadrement, du même environnement, mais ils ont besoin de services particuliers. La normalisation n'est pas forcément source d'économie directe, et la qualité de vie n'a pas de prix.

Compte tenu de la position d'un hôpital psychiatrique, je crois que nous pouvons être un interlocuteur intéressant et un leader en termes d'innovation. Il y a plusieurs besoins, plusieurs réponses aux besoins et plusieurs lieux de traitement. Pour réussir dans un modèle comme cela, en passant de l'urgence aux services communautaires, à l'hébergement ou un répit temporaire, on doit choisir un modèle qui nous permet de ne pas reproduire le modèle hospitalier, mais bien d'essayer de faire les choses autrement.

Enfin, je crois que les services communautaires sont incontournables si on veut organiser les services dans un continuum intégré. Et les documents que vous nous avez fournis indiquent que si les coûts indirects en termes de santé mentale sont de plus en plus grands et que les coûts directs pourraient être modifiés, cela vaudrait la peine d'investir dans la santé. Peut-être qu'on ne réalisera pas toutes les économies qu'on voudrait, mais on va sûrement réaliser le rêve de plusieurs personnes.

[Traduction]

**Le sénateur LeBreton:** Vous avez parlé d'une chose qui a vraiment attiré mon attention. Vous avez parlé de santé mentale et de maladie mentale en termes de bureaucratie et de juridictions différentes. Dans certaines provinces, il y a un ministère de la Santé et un ministère des Services sociaux ou un ministère des Services communautaires et sociaux. En vous écoutant, je me demandais si, dans le cadre du développement d'un plan national de traitement de la santé mentale et des maladies mentales, il n'y avait pas trop de paliers de gouvernement qui sont en rivalité, par exemple, pour le financement. Vous dépendez de l'Université McGill. Est-ce que vous devez vous adresser à plusieurs départements à la fois, comment cela marche pour vous?

**M. Hendlisz:** Non, nous n'avons pas à faire la tournée des départements, mais il y a des sources de financement à plusieurs paliers. L'exemple le plus éprouvant est celui des équipes de «programme de suivi intensif dans la communauté» qui existe aux États-Unis depuis 20 ou 25 ans. Quand l'Ontario a décidé de créer ces équipes de suivi intensif dans la communauté, en quelques années il y en a eu 60.

Au Québec, depuis que ces équipes existent, au niveau ministériel, la grosse discussion est de savoir si c'est une activité communautaire, en d'autres termes si cela doit être financé par les services sociaux ou par les services médicaux. En conséquence, le gouvernement n'a toujours pas réussi à se décider à dire: «C'est à nous de financer les équipes de thérapie communautaires».

**Le président:** Vous voulez dire qu'elles ne sont pas financées?

**Mr. Hendlisz:** They are just not funded because the discussion is about whether this is a community or a medical service. Finally, this year, developing active community therapy teams or treatment teams has been included in some of the ministry's mental health objectives.

**Senator LeBreton:** Since they have not decided whose responsibility is it to fund it, you are without the funds?

**Mr. Hendlisz:** Yes. Behind all of this, you know, are ideas like, if you give treatment to citizens in the community, then it is community care, it has nothing to do with expertise. However, we are saying that we have to move "le lieu de service." When services are provided in the community, it does not mean that the providers have lost their expertise. It means physicians, psychiatrists, nurses, et cetera, no longer work only in their offices. At a conference organized a couple of years ago by some of our people, I was struck by an indicator that a particular American team used for successful reintegration of patients, in which they said that 80 per cent of the client's contacts must be with non-paid people. It does not matter whether they are paid by community services or the hospital service, or if they are street workers or nurses. It does not matter if your client says, "My best friend is my nurse," or "My best friend is my community care worker." You have missed the point. That is a major problem.

**Senator LeBreton:** It certainly is.

**Senator Cook:** I think there is an assumption in the land that governments know how to deliver health care.

I would like your comment on the concept of the psychiatric hospital, because with the arrival of SARS in our society, the way that we deliver health care is going to be forever changed. Nothing will be the same, and maybe the role of tertiary hospitals will, of necessity, have to change because of double gowning, double gloving, air ventilation and the rest of it. Maybe this is the time to be on the cutting edge of psychiatric hospitals. The model that is in my head covers a wide range, from the disease itself and the needs of the consumer of services, all the way to housing, poverty, literacy and a whole gamut of things.

My other question is would you build on the role of the nurse practitioner in primary care in a mental health setting? I would like to hear about that.

Given that as the SARS epidemic wears on society and we have to look at things differently out of necessity, it might be time for a new beginning in other health disciplines. I believe the roles of hospitals will have to change. They will have to be structured to deal with the unknown. There might be an opportunity now for psychiatric hospitals to emerge and take care of that segment of our population. However, I want to make sure all the elements are included. I do not want the idea of a mental institution.

**M. Hendlisz:** Elles ne sont pas financées parce qu'on ne sait toujours pas si c'est un service communautaire ou un service médical. Enfin, cette année, le ministère a inclus dans ses objectifs de santé mentale la création d'équipes de thérapie communautaires ou d'équipes de traitement communautaires.

**Le sénateur LeBreton:** Comme ils n'ont pas décidé qui devait assumer cette responsabilité, vous n'êtes pas financés?

**M. Hendlisz:** Oui. Derrière tout ça, vous savez, il y a l'idée que si les citoyens sont traités dans la communauté, ce sont des soins communautaires et ce n'est pas considéré comme une spécialité. Nous, nous disons qu'il faut déplacer «le lieu de service». Lorsque les services sont fournis par la communauté, cela ne signifie pas perte de spécialisation par les prestataires. Cela signifie simplement que les médecins, les psychiatres, les infirmières, etc., ne travaillent plus dans leurs cabinets. Lors d'une conférence organisée il y a un ou deux ans par certains de nos gens, j'ai été frappé par une information selon laquelle une équipe américaine parvenait à une réinsertion réussie de leurs patients parce que 80 p. 100 de leurs contacts étaient avec des bénévoles. Peu importe qu'ils soient payés par les services communautaires ou les services hospitaliers, peu importe que ce soient des assistantes sociales ou des infirmières. Peu importe que votre client dise: «Ma meilleure amie c'est mon infirmière», ou «Ma meilleure amie c'est mon assistante sociale communautaire». Vous vous trompez de cible. C'est le problème majeur.

**Le sénateur LeBreton:** Assurément.

**Le sénateur Cook:** J'ai l'impression que beaucoup de gens ne font confiance qu'aux services publics pour la santé.

J'aimerais que vous commentiez pour moi le concept de l'hôpital psychiatrique, car l'épidémie de SRAS va avoir un effet fondamental sur notre façon de gérer la santé. Plus rien ne sera pareil, et il faudra peut-être par nécessité que change le rôle des hôpitaux tertiaires ou il faudra désormais porter deux blouses, deux paires de gants, etc., et cetera. C'est peut-être le moment d'en profiter pour faire avancer la cause des hôpitaux psychiatriques. Le modèle auquel je pense couvre tout un éventail qui va de la maladie elle-même aux besoins des «clients», en passant par le logement, la pauvreté, les problèmes liés à l'analphabétisme, que sais-je encore.

Deuxièmement, donneriez-vous un plus grand rôle aux infirmières praticiennes dans le domaine de la santé mentale pour les soins primaires? J'aimerais avoir votre opinion sur cette question.

Compte tenu des conséquences de l'épidémie de SRAS pour la société et de la nécessité de changer nos attitudes, il serait peut-être bon d'en profiter pour donner un nouvel élan à d'autres disciplines de la santé. D'après moi, il va falloir que le rôle des hôpitaux change. Il faudra qu'ils soient structurés pour être prêts à faire face à des situations inconnues. Les hôpitaux psychiatriques pourraient peut-être en profiter pour prendre en charge ce segment de notre population. Cependant, je tiens à m'assurer que tous les éléments sont inclus. Je suis contre l'idée d'établissement psychiatrique.



**Mr. Hendlisz:** Psychiatric care tends to deal with chronic conditions and is quite distinct from acute care. In acute care, episodes will be, if not brief, certainly time limited to a degree. I realize there are many other diseases that can have chronic consequences, and some mental illnesses do have a chronic component. You do not necessarily have to give treatment in a hospital. There is a need for beds in particular places, which could be general hospitals as well as psychiatric hospitals, but the role of the psychiatric hospital should be that of an academic centre. As academic centres, they can be repositories of knowledge that can then be given out to different people through technology transfer.

**Senator Cook:** Yes. However, the reality of it escapes me, because I come from Newfoundland, where there is one tertiary care hospital, and I am wondering if there is a model somewhere in your vision of a holistic psychiatric hospital that puts out linkages into the population or community homes.

**Mr. Hendlisz:** You do put your linkages out into the community. The way we have reorganized ourselves is to have all the, what we will call "second-line services," outside the hospital. We have purchased or rented clinics and they are out there.

**Senator Cook:** However, the linkages will be into the core centre of your psychiatric hospital? No?

**Mr. Hendlisz:** Not necessarily. The patients do not have to go back, necessarily. It depends.

**Ms. Kershaw-Bellemare:** If you picture it as like the hub of a wagon wheel and at the centre there is a limited number of professionals with a lot of expertise, not all of which is the first response in terms of the needs of people at the outer edge of the wagon wheel. We have only 254 inpatients. We have over 6,000 outpatients. We do not want to continue to assume the responsibility for those 6,000 outpatients, and we are even trying to reduce our inpatient quotient.

The kinds of things we would like to develop, and are working on actively, are shared-care initiatives. In concrete terms, our psychiatrists are talking to general practitioners and helping them follow people who are holding down a job and living with their family, but need periodic help. Every now and then, they may need to be admitted, have their medication adjusted or other treatment regimes initiated, and then go back to their life.

We can think of nurses in the hospitals teaching nurses in local community health centres about what to look for when a patient is on a specific medication. We can talk about psychologists helping their colleagues in crisis centres learn about specific measures to deal with borderline personality disorder, which is a difficult issue in anybody's book. It is a very concrete sharing of knowledge, preferably outside the hospital, and preferably maximizing what is being done in the community with and for the people who use the services. I do not know if that helps.

**M. Hendlisz:** Les soins psychiatriques visent surtout les conditions chroniques et se distinguent des soins actifs. En soins actifs, les épisodes même s'ils ne sont pas brefs sont limités dans le temps. Je sais qu'il y a beaucoup d'autres maladies qui peuvent avoir des conséquences chroniques, et certaines maladies mentales ont une composante chronique. Il n'est pas forcément nécessaire de soigner à l'hôpital. Il faut des lits dans des environnements particuliers qui peuvent être des hôpitaux généraux autant que des hôpitaux psychiatriques, mais l'hôpital psychiatrique devrait avant tout jouer un rôle de centre universitaire. Ils peuvent être à ce titre les dépositaires de connaissances qui peuvent être communiquées à d'autres par le biais du transfert de technologie.

**Le sénateur Cook:** Oui. Cependant, cette réalité m'échappe car je suis originaire de Terre-Neuve où il n'y a qu'un hôpital de soins tertiaires et je me demande s'il y a quelque part dans votre vision un modèle d'hôpital psychiatrique polyvalent, un modèle qui permet d'établir des liens avec la population ou la communauté.

**M. Hendlisz:** Il y a des liens avec la communauté. De la manière dont nous nous sommes organisés, nous avons créé ce que nous appelons des «services de deuxième ligne» à l'extérieur de l'hôpital. Nous avons acheté ou loué des cliniques et c'est à ce niveau que nous sommes présents.

**Le sénateur Cook:** Oui, mais ce sont des liens qui renvoient directement à votre hôpital psychiatrique? Non?

**M. Hendlisz:** Pas forcément. Les patients n'ont pas forcément à y retourner. Cela dépend.

**Mme Kershaw-Bellemare:** Imaginez une roue. Au centre il y a un nombre limité de professionnels hautement spécialisés qui ne sont pas forcément les premiers intervenants pour répondre aux besoins de ceux qui se trouvent à la circonférence de la roue. Nous n'avons que 254 patients hospitalisés, nous en avons plus de 6 000 à l'extérieur. Nous ne voulons plus continuer à assumer la responsabilité de ces 6 000 patients extérieurs et nous essayons même de réduire le nombre de nos patients hospitalisés.

Ce à quoi nous aimerions arriver et ce à quoi nous travaillons activement, ce sont des initiatives de soins partagés. En termes concrets, nos psychiatres collaborent avec les généralistes et les aident à suivre ceux qui ont un travail, qui vivent dans leur famille, mais qui ont besoin d'être périodiquement aidés. De temps à autre, il est possible qu'il soit nécessaire de les hospitaliser, de modifier leur médication ou de leur prescrire d'autres régimes de traitement puis ensuite de les renvoyer à leur vie.

On pourrait envisager que des infirmières travaillant en centre hospitalier enseignent à des infirmières oeuvrant dans les centres locaux de services communautaires quoi rechercher quand un patient prend tel médicament. Des psychologues pourraient, par exemple, aider leurs collègues des centres de crise à adopter des mesures spéciales pour les patients atteints de troubles de la personnalité limite, un problème fort complexe de l'avis de tout le monde. Il s'agit tout simplement d'un partage pratique des connaissances, idéalement en dehors des hôpitaux, pour tirer le meilleur parti possible des services communautaires à la fois pour les gens qui leur offrent que pour ceux qui les reçoivent. J'ignore si cela éclaire votre lanterne.

**Senator Cook:** That helps, but the other piece that I am trying to fit into my picture is the role of the nurse practitioner in a primary care setting in mental health, given the shortage of human resources and the dollars. In my province, they were born out of necessity.

**Mr. Hendlisz:** Absolutely. Necessity is very often the mother of invention, and health professionals are very traditional and not the most flexible people.

The requirements to become a nurse now are very different from 20 years ago. There has been a kind of democratization of knowledge and other people can now do many things, but the general practitioners also have a major role. The first instinct of general practitioners, if a particular medication does not work, is to send patients to the hospital, as opposed to sending them to a consultant and then carrying out the treatment.

We do not want to look at our institution as a place to keep patients, because even in the model that you may be thinking of, we end up looking at psychiatric hospitals as the end of road, and as soon as you do that, you are rebuilding an asylum. We do not want an asylum.

**Senator Cook:** Thank you for capturing my wandering thoughts so vividly. What do you say to a national action plan with an integrated approach?

**Mr. Hendlisz:** I think that would be wonderful in terms of aims, but we may run into certain kinds of problems. As Amparo Garcia was saying, everybody has a slightly different version of it and that is going to be a big job. For example, I know addressing stigma may not look like much, but it is a huge task. However, a national action plan would be good, yes.

[Translation]

**Senator Pépin:** Senator Cook spoke about nurse practitioners. My comments concern both nurses and nurse practitioners: we have to increase salaries and change the quality of life in the working environment.

Ms. Bellemare, you told us that we are not using our resources properly. Could you elaborate a little, please?

**Ms. Kershaw-Bellemare:** Today all non-doctor professionals have specialized training. In our interdisciplinary teams — and we like to see the patient as being the focus of all the attention, of course — because of present lack of psychiatrists, there are often more non-psychiatrists than psychiatrists.

It is important to note that nurses, psychologists, social workers, occupational therapists and so on can work more independently and even evaluate and possibly admit a patient without necessarily waiting before a formal evaluation done by a psychiatrist.

**Le sénateur Cook:** C'est utile, mais l'élément que j'essaie toujours de comprendre concerne le rôle de l'infirmière praticienne dans le contexte des soins primaires en santé mentale étant donné la pénurie de ressources humaines et financières. Dans ma province, c'est par nécessité que leur profession a été créée.

**M. Hendlisz:** Tout à fait. La nécessité rend ingénieux, or les professionnels de la santé sont très conservateurs et n'ont pas l'attitude la plus souple.

Les exigences de la profession d'infirmière sont bien différentes d'il y a 20 ans. La connaissance s'est en quelque sorte démocratisée de sorte que d'autres personnes peuvent accomplir certaines tâches, mais les généralistes ont toujours un rôle capital. Lorsqu'un médicament ne fonctionne pas comme il le devrait, d'instinct, les généralistes envoient leurs patients à l'hôpital plutôt que de l'envoyer consulter un spécialiste pour ensuite administrer le traitement approprié.

Il faut éviter de voir nos institutions comme des endroits où doivent demeurer les patients puisque même selon le modèle que vous envisagez peut-être, nos hôpitaux psychiatriques deviendraient la fin du voyage et, dès lors, ils redeviendraient des asiles. On ne souhaite pas recréer d'asiles.

**Le sénateur Cook:** Je vous remercie d'avoir si habilement ordonné mes pensées vagabondes. Que pensez-vous d'un plan d'action national concerté?

**M. Hendlisz:** Je crois que les objectifs seraient fort louables, mais un tel plan pourrait être difficile à mettre en oeuvre. Comme Amparo Garcia le disait, tout le monde a sa propre représentation de ce qu'il devrait être et ce sera tout un travail de rallier ces divergences de vues. Je sais que la stigmatisation peut sembler facile à régler, mais c'est une énorme tâche. Cela dit, un plan d'action national serait souhaitable.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Le sénateur Cook a parlé des infirmières praticiennes. Mon commentaire concerne autant les infirmières que les infirmières praticiennes: il faut augmenter les salaires et changer la qualité de vie de l'environnement de travail.

Vous nous avez dit, madame Bellemare, qu'on n'utilise pas correctement les ressources. Pourriez-vous élaborer un peu, s'il vous plaît?

**Mme Kershaw-Bellemare:** Aujourd'hui, tout professionnel non-médecin a une formation spécialisée. Dans nos équipes interdisciplinaires — et on souhaite voir le patient au centre, bien sûr —, il y a souvent, à cause de la pénurie actuelle de psychiatres, plus de non-psychiatres que de psychiatres.

Il est important de constater que les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, et ainsi de suite, peuvent exercer de façon plus autonome, peuvent évaluer, et possiblement admettre un patient sans nécessairement attendre l'évaluation formelle du psychiatre.



I think we should review our care systems, our ways of sending the person through the system, to eliminate barriers, and think in terms of the needs of the person when that person needs our services. Perhaps an interdisciplinary team supported by a doctor could admit someone immediately from the emergency room or even from a community clinic, simply for a brief stay, based on another professional's evaluation?

Once we have agreed on the protocol, once we have agreed on the training supporting what is being done, why not admit that different people can play their roles differently?

It is embarrassing, but we are one of the last provinces to accept that the entry level into practice can admit nurses who do not have a bachelor's degree. In my opinion, it is unacceptable to have a training lower than a bachelor's degree. Like all perfectionists, I am aiming for a master's.

[English]

I think you have to ask concrete questions in terms of nurse practitioners. Picture a community health centre with 3 or 4 GPs and maybe 10 to 15 other professionals; in a perfect world there would also be non-professionals, people who are well known in their community for being able to help people who need help. There would be maybe one or two nurse practitioners in that context. For example, one could have advanced practice training in psychiatry, could differentiate certain diagnoses and be familiar with the medications and the different nuances that have to be brought to bear. That nurse can sit with the team and say, "Just wait a minute. We are getting a little off track with this one," and could, if the need arose, admit to the local emergency room. It would be a partnership where a call could be made to the other nurse who works there, because they are working for the same entity. They can make a transfer, because transfers happen between people and not systems. It can be that concrete.

**Senator Cook:** In my province of Newfoundland the entry point for the nurse practitioner is a Bachelor of Nursing, and when people go into the nurse practitioner program, they quite often choose the discipline, the special area, in which they would like to work. Nurse practitioners in my province have a master's degree.

**Ms. Kershaw-Bellemare:** That is what we are hoping to attain, as well. At a minimum, it will be a nurse with a master's degree who has training beyond that level in a given specialty, for example, in psychiatry, cardiology, or whatever.

Il s'agit, je crois, de revoir nos systèmes de soins, nos façons de faire cheminer la personne à travers le système, d'éliminer les barrières, de penser en termes des besoins de la personne au moment où elle requiert nos services. Peut-on concevoir qu'une équipe interdisciplinaire, soutenue par un médecin, pourrait admettre quelqu'un à partir de la salle d'urgence ou même à partir d'une clinique communautaire, pour un court séjour, basé sur l'évaluation d'un autre professionnel?

Une fois qu'on s'entend sur un protocole, une fois qu'on s'entend sur la formation qui soutient la démarche, pourquoi ne pas admettre que différentes personnes peuvent jouer des rôles différemment?

C'est gênant, mais nous sommes une des dernières provinces à accepter que le niveau d'admission dans la pratique puisse être fait par des infirmières qui ne détiennent pas un baccalauréat. D'après moi, c'est inacceptable de donner une formation inférieure au baccalauréat. Comme toute perfectionniste, je vise la maîtrise.

[Traduction]

S'agissant des infirmières praticiennes, je crois qu'il faut poser des questions pragmatiques. Imaginez un centre de santé communautaire regroupant de trois ou quatre omnipraticiens et 10 ou 15 autres professionnels de la santé. Dans un monde idéal, ils seraient épaulés par des non-professionnels bien connus dans la collectivité pour leur soutien auprès des gens dans le besoin. En pareille circonstance, l'équipe compterait une ou deux infirmières praticiennes. Une d'entre elles pourrait, par exemple, avoir suivi une formation poussée en psychiatrie qui lui permettrait de reconnaître certains diagnostics et de connaître les médicaments et les subtilités à prendre en compte. Cette infirmière pourrait dire à son équipe: «Attendez un instant. Nous faisons fausse route avec ce patient» et, le cas échéant, elle pourrait admettre la patient à l'urgence. Elle travaillerait en partenariat avec l'infirmière de l'urgence qu'elle n'aurait qu'à appeler puisqu'elle travaille pour la même organisation. Elle pourrait transférer un patient puisque le transfert se ferait entre deux professionnels et non entre deux systèmes. Ce pourrait être aussi pratico-pratique que cela.

**Le sénateur Cook:** Dans ma province de Terre-Neuve, pour devenir infirmière praticienne, il faut avoir un baccalauréat en sciences infirmières avant de suivre une formation d'infirmière praticienne à proprement parler au cours de laquelle les candidats choisissent généralement la discipline, la spécialisation, qu'ils préfèrent. Les infirmières praticiennes de ma province sont titulaires d'une maîtrise.

**Mme Kershaw-Bellemare:** C'est l'objectif que nous visons tous. Au minimum, on souhaiterait que les infirmières aient une maîtrise et une formation spécialisée, par exemple, en psychiatrie, en cardiologie ou que sais-je.

*[Translation]*

**Senator Pépin:** You have said there are very few nurses going into psychiatry. We also know there are very few doctors taking up psychiatry. What could motivate more people whether they are nurses, social workers, doctors or occupational therapists, to take up psychiatry?

**Mr. Hendlisz:** Once again, I think that has to do with prejudice. We know that all mental diseases, even severe depression and so on, that are not permanent diseases, do have a neurological component. We have a neurological Institute that considers that some diseases such as cerebrovascular accidents or others have an impact on behaviour but they are considered as being brain diseases.

However, when we look at mental health diseases we do not see them simply as brain diseases but we also see them as behavioural diseases. But I can assure you that the same organ controls both. Perception is what makes the career less attractive.

**Ms. Bellemare:** I will say something rather ironic: there was a time where one went into psychiatry when one could not practice in a more complex and more difficult discipline.

And that way of thinking still exists for some people. The marketing of that specialty has not been done very well. There is also the impact of a problem that is often judged by the population at large as being something shameful.

That said, I think that as far as training is concerned, it is important to upgrade our requirements concerning the practice of psychiatry in general.

Integrating research with clinical programs is one way of getting the following message across: we are dealing with a scientific practice both clinically and administratively.

So we have to change the structure to change the perception and increase the requirements for all professionals who want to practice psychiatry.

**Ms. Garcia:** I agree with Ms. Bellemare and Mr. Hendlisz. I would add that it is too bad, because people working in psychiatric hospitals stay there. They love and adore their work. People do not leave. It is too bad there are not more people choosing to work in the field of psychiatry.

**Ms. Desjardins:** I would like to add that it is very important for students to get into practical training as soon as possible. We should not wait for the third year in nursing. The students have to see what the environment is like.

In universities, it is still far more prestigious to go for cardiac, surgery, intensive care rather than psychiatry or geriatrics. Geriatrics and psychiatry are seen to be at just about the same level: they are not very attractive.

*[Français]*

**Le sénateur Pépin:** Vous avez dit qu'il y a très peu d'infirmières qui se dirigent en psychiatrie. On sait qu'il y a très peu de médecins qui se dirigent en psychiatrie. Qu'est-ce qui pourrait motiver plus de personnes, que ce soit infirmières, travailleuses sociales, médecins, ergothérapeutes, à se diriger vers la psychiatrie?

**M. Hendlisz:** Je crois encore une fois que c'est relié aux préjugés. On sait que toutes les maladies mentales, même les dépressions sévères, et cetera, qui ne sont pas des maladies permanentes, ont une composante neurologique. On a un Institut de neurologie qui considère que certaines maladies, comme les accidents cérébraux vasculaires ou d'autres maladies, ont des conséquences reliées au comportement, mais on les considère comme des maladies du cerveau.

Cependant, quand on regarde les maladies de santé mentale, on ne les voit pas comme des maladies du cerveau, on les voit comme des maladies liées au comportement. Mais je vous assure que c'est le même organe qui contrôle les deux. C'est la perception qui fait que la carrière est moins attirante.

**Mme Bellemare:** Je vais dire quelque chose d'assez paradoxal: il fut un temps où on se dirigeait vers la psychiatrie quand on ne pouvait pas pratiquer dans une discipline plus complexe et plus difficile.

Et cette mentalité existe encore dans la tête de certaines gens. Le marketing de cette spécialité n'a pas été bien fait. Il y a aussi l'impact d'une problématique souvent jugée par la population générale comme étant honteuse.

Ceci dit, je crois qu'il est important, au niveau de la formation, de rehausser nos exigences pour la pratique en psychiatrie en général.

La recherche intégrée dans les programmes cliniques, c'est un moyen de faire passer le message suivant: nous faisons une pratique scientifique, autant sur le plan clinique que sur le plan administratif.

Il s'agit donc de changer la structure pour changer la perception, de rehausser les exigences pour tous les professionnels qui veulent pratiquer la psychiatrie.

**Mme Garcia:** Je suis d'accord avec Mme Bellemare et M. Hendlisz. J'ajouterais que c'est dommage, parce que les gens qui travaillent dans un hôpital psychiatrique, ils restent. Ils adorent et aiment leur travail. C'est notre expérience. Les gens ne quittent pas. C'est dommage qu'il n'y ait pas plus de gens qui choisissent de travailler dans le domaine psychiatrique.

**Mme Desjardins:** J'ajouterais qu'il est très important que les étudiants fassent des stages très tôt. Il ne faut pas attendre en troisième année, quand on est en soins infirmiers. Il faut que les étudiants puissent voir le milieu.

Dans les universités, c'est encore beaucoup plus prestigieux d'aller en soins cardiaques, en chirurgie, en soins intensifs que d'aller en psychiatrie et en gériatrie. La gériatrie et la psychiatrie se situent à peu près au même niveau: ce n'est pas très attirant.



It is as though you had to not be as good if you are choosing those specialties. But as Ms. Bellemare was saying, practice is so different, it is so motivating. You have to know how to “sell” the product to students because as Amparo Garcia said, students in training in psychiatry stay. You should not choose psychiatry because it is the last on the list, people have to choose it because it is interesting. So you have to make an effort at the university and college level to tell students: come see, you will discover an extraordinary world where you will feel useful; there are few other areas where you can get that feeling.

We know it is motivating for a professional to fulfil his professional potential while knowing at the same time that he is doing something good for others. In psychiatry, we can offer that motivation but people do not know it.

**Ms. Kershaw-Bellemare:** I think that interdisciplinary training is very important. If, at the end of the day, we want interdisciplinary teams, we have to start with interdisciplinary training. We can have interdisciplinary training, and then, the students can pursue different specialties.

Second, in the psychiatric environment — I do not even like the term — whether it is in a hospital environment or in the person’s own environment, you are dealing with chronic disease and the problems of everyday life: how to feed your family, how to keep your job, how to take the bus without getting lost on a Friday afternoon.

When we are recruiting our student trainees, we tell them: if you want to learn anything about families, environments, adjustment problems, care and resourcefulness, then we are there for you.

Often, the trainees only remember this: our patients have mental diseases.

One of the approaches that penalized us in the past, but that we found very advantageous, was to say: no, we do not want just anybody; you are going to prove to us that we have to accept you. At the beginning, students were totally upset by our approach, but things have changed since then.

[English]

**Senator Keon:** Madame Garcia, I am going to ask you a difficult question, so I would ask the other members of the panel to assist you in this. Perhaps it is almost unfair, but I will ask it anyway. This morning, I tried to ferret out from Dr. Israël and Dr. Farquhar what is really missing that would make the system work. There is a regional structure in place, but somehow the network is not succeeding at picking the people up, getting them to the right place at the right time, getting them back to the right place at the right time, and looking after them in the broadest social context of mental health.

C’est comme si on devait d’être moins bon pour choisir ces spécialités-là. Mais comme disait Mme Bellemare, la pratique est tellement différente, elle est tellement valorisante. Il faut «vendre» le produit aux étudiants, parce que, comme disait Amparo Garcia, les stagiaires qui viennent en psychiatrie restent. On ne doit pas choisir la psychiatrie parce que c’est le dernier choix. Il faut qu’on le choisisse parce qu’on sait que c’est intéressant. Il faut donc faire un effort au niveau des universités et au niveau collégial pour dire aux étudiants: venez voir, vous allez découvrir un monde extraordinaire où vous allez vous sentir utile; il y a peu d’endroits où on peut l’être autant.

On sait qu’il est valorisant pour un professionnel de se réaliser professionnellement, en sachant qu’il fait quelque chose de bien pour les autres. Et en psychiatrie, on peut offrir cette valorisation, mais les gens ne le savent pas.

**Mme Kershaw-Bellemare:** Je crois que les formations interdisciplinaires sont très importantes. Si on veut, au bout du compte, des équipes interdisciplinaires, il faut commencer par avoir une formation interdisciplinaire. On peut avoir une formation multidisciplinaire et, par la suite, les étudiants peuvent poursuivre dans différentes spécialités.

Deuxièmement, le milieu psychiatrique — je n’aime même pas le mot —, que ce soit en centre hospitalier ou dans le milieu naturel de la personne, est un endroit où on fait face aux maladies chroniques, aux problèmes de la vie quotidienne: comment faire manger sa famille, comment maintenir son emploi, comment prendre l’autobus sans se perdre un vendredi en fin de journée.

Quand nous recrutons des stagiaires, nous leur disons: si vous voulez en apprendre au sujet des familles, des milieux, des problèmes d’adaptation, des soins et de la débrouillardise, on est là pour vous.

Souvent les stagiaires retiennent seulement la phrase suivante: nos patients ont des maladies mentales.

Une des approches qui nous a pénalisés dans le passé mais qui s’est avérée très avantageuse était de dire: non, nous ne voulons pas n’importe qui; vous allez nous prouver que nous devrions vous accepter. Au début, les étudiants étaient carrément bouleversés par notre approche, mais maintenant ce n’est plus pareil.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Madame Garcia, je vais vous poser une question difficile, c’est pourquoi je demanderais aux autres membres du groupe de vous aider à y répondre. Il est peut-être injuste de poser une telle question, mais je la poserai quand même. Ce matin, j’ai essayé d’obtenir de la Dre Israël et du Dr Farquhar qu’ils m’indiquent quels sont les éléments qui manquent et qui permettraient au système de fonctionner. Il existe une structure régionale, mais d’une certaine façon le réseau ne parvient pas à prendre en charge ces personnes, à les amener au bon endroit au bon moment, à les ramener au bon endroit au bon moment, et à s’en occuper dans le contexte social très général de la santé mentale.

The reason I have buttonholed you is that you referred to the integrated paradigm, and I want to hear what is missing in the system now in the way of structure, function and people to make it work.

**Ms. Garcia:** I will try. One of the problems is the lack of integration. No one service or service point can do it all. For example, even within the hospital we have to integrate the services, we have to break down the barriers. In my division, my first objective is to break down the barriers within the services and have them work together, and then have them work from the units in the community and reach out and work with the families, the CLSC, the community resources. You have the same problem in trying to work more in the community. People are trying, but at the same time, they are still staying with their own way of working, so it is very hard to unify the system.

When you make an intervention plan, everyone talks about being client centred, but if the members of the multidisciplinary team stay at the level of their profession and do their little part, you do not have an integrated way of working. You have a doctor who wants to have control and to have the last say; then you have one person doing placement, another person doing activities — that is the OT — another person doing psychological testing; then you have a service within the hospital that has to follow patients.

Therefore, you will hear a nurse saying, "But I am not an outpatient nurse. I was not trained to follow people outside the hospital. The PACT should do that." Well, maybe. We are lucky to have a PACT, but there is already a waiting list and the PACT cannot follow everyone. This nurse will have to go into the community and follow this client for three months. We will have to let the community walk into the hospital and take the patients out into that community.

Presently, we are looking into a model whereby what is today long-term, intensive care in hospital is put outside in the community, 24 hours a day for 7 days a week. It would be a supervised apartment setting.

Again, one of the answers we will get from the regional board is, "Well, but this is inpatient treatment. How will you do that? Does that mean you have to cut beds? Does it mean that you have to cut financing and then find community financing, because the house is in the community?"

We are talking a lot about putting services together, but we are still very much working each in our own way, and we do not have to go very far to see that. All we have to do is look into what goes

Si c'est à vous que je pose la question, c'est que vous avez parlé du paradigme intégré, et j'aimerais savoir quels sont les éléments qui sont absents du système à l'heure actuelle sur le plan de la structure, de la fonction et des ressources humaines, qui permettraient d'en assurer le fonctionnement.

**Mme Garcia:** Je vais essayer de répondre à votre question. L'un des problèmes, c'est l'absence d'intégration. Aucun service ou point de service ne peut à lui seul tout faire. Par exemple, même au sein de l'hôpital, nous devons intégrer les services, nous devons abattre les cloisons. Dans ma division, mon premier objectif est d'abattre les cloisons qui existent au sein des services afin qu'ils travaillent ensemble et ensuite qu'ils travaillent à partir de certains points dans la collectivité et aillent au-devant des familles, du CLSC et travaillent en collaboration avec eux et avec les ressources communautaires. Le même problème se pose lorsqu'on essaie d'intensifier le travail au sein de la collectivité. Les gens font des efforts en ce sens, mais parallèlement ils conservent leur propre façon de fonctionner et il est donc très difficile d'unifier le système.

Lorsque l'on prépare un plan d'intervention, tout le monde dit qu'il doit être axé sur le client, mais si les membres de l'équipe multidisciplinaire restent enfermés dans le carcan de leur profession et jouent chacun leur petit rôle, cela ne favorisera pas un mode de fonctionnement intégré. Vous aurez un médecin qui veut exercer son autorité et avoir le dernier mot; puis vous aurez une personne pour s'occuper du placement, une autre, de l'ergothérapie, une autre pour administrer les tests psychologiques; ensuite, vous aurez un service à l'hôpital pour suivre les patients.

Par conséquent, vous entendrez une infirmière dire, «Mais je ne suis pas une infirmière formée pour m'occuper des malades externes et suivre les patients une fois qu'ils sont sortis de l'hôpital. C'est le programme de suivi intensif dans la communauté qui devrait s'en occuper.» Peut-être. Nous avons la chance d'avoir un programme de suivi intensif dans la communauté, mais il existe déjà une liste d'attente et ce programme ne peut pas suivre tout le monde. Cette infirmière devra aller dans la communauté et suivre ce client pendant trois mois. Nous devons laisser la communauté venir à l'hôpital et réinsérer les patients dans la communauté.

À l'heure actuelle, nous sommes en train d'envisager un modèle qui permettra d'assurer dans la collectivité, 24 heures par jour et sept jours sur sept, les soins intensifs et à long terme qui sont dispensés aujourd'hui en milieu hospitalier. Il s'agirait de la formule d'appartements à supervision continue.

Ici encore, l'une des réactions que nous recevrons du conseil régional c'est, «Mais il s'agit d'un traitement semblable à celui offert aux malades hospitalisés. Comment procéderez-vous? Cela signifie-t-il que vous devrez réduire le nombre de lits? Cela signifie-t-il que vous devrez réduire le financement et chercher ensuite à obtenir un financement auprès de la collectivité, parce que la maison se trouvera dans la collectivité?»

On parle beaucoup de rassembler les services, mais nous continuons dans une grande mesure à travailler chacun de notre propre façon, et nous n'avons pas à aller très loin pour le



on in our own services. Breaking down the barriers around our own services is already enough and it shows where the problems are.

One of the problems I have seen often is that the community resources people will say that they are taking care of severe and persistent clients. In fact, I think there is a difference between the type of client that the hospital follows and the type of client that the community follows. They will say it is the same, but in some cases, it is not. Again, we have to come together and share expertise. There are certain things that they can do and there are certain things that only the hospitals can do at this point because of their expertise.

**Mr. Hendlisz:** You talked about structure, function and people. We have to remember that deinstitutionalization, although it has been a long process in terms of the many years it has been going on, had its major push in the last five to ten years, in the same way as day surgery.

The retraining of people to do the work outside the institution versus inside was not there. People who have worked for 20 years protected by the walls of the institution know that they are leaving at 4:00 and somebody else is going to be there — then suddenly, they are not there. You have to take care of your patients at 4:30 and at 5:00, make sure the phone calls are made and what have you.

People who are used to working in a hospital in a very structured environment are lost. This is a relevant whether you are talking about nurses or outpatient services. The training model was not there and is still not there. With all due respect to our union colleague leaders, they still say, "Well, it is after 4:30; that means it is overtime." You get into these incredible situations.

Let's be clear that working in the community is a different kind of job and people have not been trained for it. That is on the staff level.

At the structural level, we have the understanding that, "Well, this is a community model and that a hospital model," and it is not based on the patients' needs at all. My own suggestion is to have a relatively small project involving a number of people who are committed to it with a timeline of two or three years. That will work.

Although I certainly believe in a national program that will provide structure, et cetera, it has to work on the ground. We know that certainly in major cities, mental health services tend to be divided into sectors, and we know what they are. We know the community groups, we know the CLSCs in Quebec and we know the hospitals. We have to say, "You must come up with a concrete model for your area and you have a year to do it. You have to figure out how to do it."

constater. Il nous suffit d'examiner ce qui se passe dans nos propres services. Il est déjà assez difficile de faire tomber les cloisons entre nos propres services, ce qui indique où se situent les problèmes.

L'un des problèmes que j'ai souvent constatés, c'est que les responsables des ressources communautaires diront qu'ils s'occupent des clients qui présentent des troubles graves et persistants. En fait, je crois qu'il existe une différence entre le type de client que suit l'hôpital et le type de client que suit la collectivité. Ils diront qu'il s'agit du même type de patient, mais ce n'est pas toujours le cas. Ici encore, nous devons nous réunir et mettre en commun nos compétences. Il y a certaines choses qu'ils peuvent faire et il y a certaines choses que seuls les hôpitaux peuvent faire à ce stade en raison de leurs compétences.

**M. Hendlisz:** Vous avez parlé de structure, de fonction et de gens. Il ne faut pas oublier que la désinstitutionnalisation, même s'il s'agit d'un processus long qui dure depuis de nombreuses années, s'est intensifiée au cours des cinq ou dix dernières années, comme cela a été le cas pour la chirurgie de jour.

On n'a pas assuré au personnel le recyclage professionnel leur permettant de travailler à l'extérieur de l'établissement plutôt qu'à l'intérieur. Les gens qui ont travaillé pendant 20 ans protégés par les murs de l'établissement savent qu'ils partent à 16 heures et que quelqu'un d'autre les remplacera — puis, tout à coup, ils ne sont plus là. Il faut s'occuper de ces patients à 16 h 30 ou à 17 heures, s'assurer de faire les appels téléphoniques voulus et ainsi de suite.

Les personnes habituées à travailler dans un hôpital dans un milieu très structuré sont perdues. Cela est vrai, que vous parliez à propos d'infirmières ou de services aux malades externes. Le modèle de formation n'existait pas et n'existe toujours pas. Malgré tout le respect que je dois à nos chefs syndicaux, ils n'en continuent pas moins de dire «Eh bien, il est passé 16 h 30; cela signifie du temps supplémentaire». On est donc aux prises avec ce genre de situations incroyables.

Il importe de préciser que travailler au sein de la collectivité représente un type de travail différent pour lequel les gens n'ont pas reçu de formation. C'est la situation au niveau du personnel.

Au niveau structurel, nous devons comprendre que, «Eh bien, ceci est un modèle communautaire et cela, un modèle hospitalier», ce qui n'est absolument pas axé sur les besoins des patients. Je proposerais que l'on mette sur pied un projet relativement petit regroupant un certain nombre de personnes prêtes à s'engager et étalé sur deux ou trois ans. Ce genre d'initiative fonctionnera.

Même si je suis tout à fait partisan d'un programme national qui assurera une structure, etc., il faut que ce programme fonctionne sur le terrain. Nous savons que dans les grandes villes, on a tendance à diviser les services de santé mentale en secteurs, et nous savons en quoi ils consistent. Nous connaissons des groupes communautaires, nous connaissons les CLSC au Québec et nous connaissons les hôpitaux. Il faut que nous disions, «Vous devez établir un modèle concret pour votre secteur et vous avez un an pour le faire. Vous devez déterminer comment le faire.»

Also, physicians tend to work apart from the system and you have to bring them into that model without forcing them.

We know from our everyday experience that that kind of thing works. You get a small group of people together and give them a problem, which is relatively simple. You do not have to talk to 4,000 people. That is how I would do it. I would say to a certain sector, "You tell me what your model will be," because it all has to do with integrated care.

We have deinstitutionalized people who have been severely ill, but are stable. They should be taken care of by community care, but no, they are ours still. Why are they ours? They are in the community and they are stable. The response is, "No, no. That is mental illness. That is you." It is that kind of attitude.

**Ms. Kershaw-Bellemare:** I would add that we need more stable funding. The reality is we are constantly running downtown to renegotiate a few dollars. We understand the importance of spending money wisely, and it is much more advantageous for the client at the end of the day if you can go into a project knowing what the funding is and how long it will be there, and I do not mean in terms of months.

The other issue is joint education. We have to change the structure and train future professionals together. We have to create joint community/hospital-based positions. The unions will react strongly to that, which is just too bad. We will have to give professionals more autonomy so that when they are outside the walls, they do not have to "phone home" every time they need to do something slightly outside the realm of their traditional practice. Our laws have to back them up in that. We have to give them healthy workplaces.

Most of the people in our establishment are willing to make the switch. They just need us to take a little of the pressure off them. They need us to be able to replace them so that we can give them some retraining; and they need us to run interference with the unions and others so they can operate in new and creative ways. It is not really very complicated.

If the national strategy addresses all that it will give us the power to actually perform administratively. There is a myth that, "If you cannot do, you teach, and if you cannot teach, you administrate." I beg to differ. We keep the system running. Now, it is not in the best state in the world, but you cannot just administrate because you have nothing else to do. It has to be based on some evidence.

Those are the structures we have to change to be able to function differently and reach the people who are still in the system.

Par ailleurs, les médecins ont tendance à travailler à l'écart du système et il faut les faire participer à ce modèle sans les y obliger.

Notre expérience au jour le jour nous a appris que ce genre de formule donne des résultats. On réunit un petit groupe de personnes et on leur soumet un problème, qui est relativement simple. Il n'est pas nécessaire de parler à 4 000 personnes. C'est la façon dont je procéderais. Je dirais à un certain secteur, «Proposez-moi votre modèle,» parce que tout cela se rapporte à l'intégration des soins.

Nous avons désinstitutionnalisé les personnes qui ont été gravement malades, mais qui sont stables. Ce devrait être aux services communautaires de s'en occuper, mais non, on considère que c'est toujours à nous de nous en occuper. Pourquoi? Ces personnes sont dans la collectivité et elles sont stables. La réponse est la suivante, «Non, non. Il s'agit de maladie mentale. Cela vous concerne.» C'est le genre d'attitude que l'on constate.

**Mme Kershaw-Bellemare:** J'ajouterais que nous avons besoin d'un financement plus stable. Le fait est que nous devons constamment renégocier quelques dollars. Nous comprenons qu'il est important de dépenser l'argent de façon judicieuse, et il est beaucoup plus avantageux pour les clients au bout du compte si l'on peut mettre sur pied un projet en sachant quel en sera le financement et la durée, et je ne parle pas de mois.

L'autre question est la formation conjointe. Nous devons modifier la structure et former ensemble les futurs professionnels. Nous devons créer des postes axés à la fois sur les milieux communautaires et hospitaliers. Cela provoquera une vive réaction de la part des syndicats, ce qui est dommage. Nous devons accorder aux professionnels une plus grande autonomie afin que lorsqu'ils travaillent à l'extérieur de l'hôpital, ils n'aient pas à téléphoner à leur supérieur chaque fois qu'ils doivent s'écarter légèrement du modèle traditionnel d'exercice de leur profession. Il faut que nos lois les soutiennent à cet égard. Nous devons leur offrir un milieu de travail sain.

La plupart des membres de notre établissement sont prêts à faire la transition. Il suffit simplement que nous alléions les pressions qui s'exercent sur eux. Il faut que nous puissions les remplacer afin de pouvoir leur offrir un certain recyclage professionnel; et il faut que nous intervenions auprès de syndicats entre autres afin de leur permettre d'adopter des façons nouvelles et créatives de fonctionner. Ce n'est pas vraiment très compliqué.

Si la stratégie nationale aborde tous ces aspects, elle nous donnera alors les pouvoirs de nous acquitter efficacement de nos tâches sur le plan administratif. Il existe un mythe selon lequel, ceux qui ne peuvent pas enseigner. Ceux qui n'enseignent pas administrent. Permettez-moi d'être d'un autre avis. Nous assurons le fonctionnement du système. Ce n'est peut-être pas le meilleur système au monde, mais on ne peut pas se contenter d'administrer simplement parce qu'on n'a rien d'autre à faire. Il faut que cela s'appuie sur du concret.

Ce sont des structures que nous devons changer pour pouvoir fonctionner différemment et atteindre ceux qui sont toujours dans le système.



**Senator Keon:** Mr. Chairman, I must tell you that the way I heard it is, "When you are too old to do, you teach, and when you are too old to teach, you administrate." It seems to have been the story of my life.

**The Chairman:** In case you did not know, Senator Keon is currently the CEO of the Ottawa Heart Institute, in addition to being a member of the committee.

That was an excellent question with which to finish. I want to put a challenge to the panel and have you reflect on whether you are willing to accept it. I am not asking for an answer now. All of you have talked about something that we have kicked around, individually and among ourselves. Mr. Hendlisz began by referring to it as the need for a different paradigm, and several of you have talked about it in different ways. It would really help us if sometime in the next two or three months, certainly before the end of the summer, you could give us a proposal of what such a new paradigm might look like. Clearly, we are not talking about the classic health care paradigm.

In the early days of primary care reform, there was a significant role for the federal government in funding a variety of experiments around the country. The provinces did not object to that because it was understood that these were pilot projects. It was understood that it bordered on classic applied research. We would benefit a lot if you could give us one, two or three paradigms, although it may well be only one, with which you think it would be truly worth experimenting in different parts of the country, making it as practical and non-theoretical as possible. We around this table are not abstract policy-makers, as you know from our last report. We were far more detailed than the other report that Mr. Romanow put out and we were very concrete. One can say we were wrong, but we were not in doubt, and it was easy to tell where we stood.

We would look at doing something like that, but we desperately need the help of people like you. The academics can say, "We need a new paradigm," but we have to say, "This is what it ought to look like and here are the experiments one ought to try to see how it works." None of us are going to get it right, right off the bat. We have to do some experiments. To the extent that you can give a considerable amount of thought to that as a group, because it is not just one person's idea, it would be extraordinarily helpful. If you could give it to us in written form, some of us will probably come back to meet with you at the hospital and talk to you about it. If you do not mind doing that, believe me, you will not be wasting your time.

**Senator Morin:** Can I just caution against the creeping up of professional standards.

**Chairman:** What we call the "credential creep."

**Le sénateur Keon:** Monsieur le président, je dois vous dire que la version que j'ai entendue est la suivante, «Ceux qui ne peuvent pas parce qu'ils sont trop vieux enseigner, et ceux qui sont trop vieux pour enseigner administrent». Cela semble avoir été l'histoire de ma vie.

**Le président:** Au cas où vous ne le sauriez pas, le sénateur Keon est à l'heure actuelle le PDG de l'Institut du cœur d'Ottawa, en plus d'être membre du comité.

C'était une excellente question sur laquelle terminer. J'aimerais lancer un défi au groupe et vous demander de réfléchir si vous êtes prêts à le relever ou non. Je ne vous demande pas de répondre maintenant. Vous avez tous parlé d'un aspect auquel nous avons pas mal réfléchi, individuellement et en groupe. M. Hendlisz en a parlé en premier en disant qu'il fallait un modèle différent, et plusieurs d'entre vous en ont parlé de manière différente. Il nous serait vraiment utile si, au cours des deux ou trois prochains mois, certainement avant la fin de l'été, vous pouviez nous présenter une proposition nous indiquant à quoi ressemblerait ce genre de nouveau modèle. De toute évidence, nous ne sommes pas en train de parler du modèle classique des soins de santé.

Au tout début de la réforme des soins primaires, le gouvernement fédéral avait joué un rôle important dans le financement des diverses expériences qui avaient lieu un peu partout au pays. Les provinces ne s'y étaient pas opposées parce qu'elles comprenaient qu'il s'agissait de projets pilotes qui frôlaient la recherche appliquée classique. Il nous serait très utile que vous nous proposiez un, deux ou trois modèles, bien qu'il soit fort possible qu'il s'agisse d'un seul modèle, qu'il vaudrait vraiment la peine, à votre avis, de mettre à l'essai dans différentes régions du pays, et qu'il s'agisse d'un modèle aussi pratique et non théorique que possible. Comme vous avez pu le constater d'après notre dernier rapport, les politiques que nous proposons n'ont rien d'abstrait. Notre rapport était beaucoup plus détaillé que celui présenté par M. Romanow et nos recommandations ont été très concrètes. Certains pourront dire que nous nous sommes trompés, mais nous n'avions aucun doute et il était facile de voir quelle était notre position.

C'est une chose que nous pourrions envisager, mais nous avons désespérément besoin de l'aide de personnes comme vous. Les universitaires peuvent dire, «Nous avons besoin d'un nouveau modèle», mais nous devons dire, «Voici ce à quoi il devrait ressembler et voici les expériences qu'il faudrait faire pour essayer de déterminer comment le modèle fonctionne.» Personne d'entre nous ne réussira du premier coup. Nous devons faire certains essais. Il serait extrêmement utile que vous puissiez y réfléchir en tant que groupe, parce que ce n'est pas l'idée d'une seule personne. Si vous pouviez nous présenter ce modèle par écrit, certains d'entre nous iront probablement vous rencontrer à l'hôpital pour en parler. Si vous n'avez pas d'objection à le faire, croyez-moi, vous ne perdrez pas votre temps.

**Le sénateur Morin:** Pourrais-je simplement émettre une mise en garde contre la progression insidieuse des normes professionnelles.

**Le président:** Ce que nous appelons la «progression insidieuse des compétences».

**Senator Morin:** The reason for that is it is not without consequences for the resources, and so I would beware of that in the paradigm.

The committee adjourned.

**Le sénateur Morin:** C'est que ce phénomène risque d'avoir des répercussions au niveau des ressources, et il faudrait par conséquent que le modèle en tienne compte.

La séance est levée.

---



*at the Douglas Hospital:*

r. Eric Latimer, Health Economist.

**noon session:**

*at the University of Montreal:*

r. Jean Wilkins, Professor and Paediatrician, Department of Paediatrics, Faculty of Medicine;

r. Renée Roy, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine.

*at the Louis-H. Lafontaine Hospital:*

r. Jean-Jacques Leclerc, Director, Rehabilitation Services and Community Living;

r. Pierre Lalonde, Director, Clinique jeunes adultes.

*at the Douglas Hospital:*

r. James Farquhar, Psychiatrist;

r. Mimi Israël, Head, Department of Psychiatry; Associate Professor, McGill University.

*at the Douglas Hospital:*

r. Myra Piat, Rechercher.

r. Amparo Garcia, Clinical Administrative Chief, Adult Ultraspecialized Services Division;

r. Manon Desjardins, Clinical Administration Chief, Adult Sectorized Services Division;

r. Jacques Hendlisz, Director General;

r. Robyne Kershaw-Bellemare, Director of Nursing Services.

*De l'Hôpital Douglas:*

M. Eric Latimer, économiste de la santé.

**Séance de l'après-midi:**

*De l'Université de Montréal:*

Le docteur Jean Wilkins, professeur titulaire et pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine;

La docteure Renée Roy, professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine.

*De l'Hôpital Louis-H. Lafontaine:*

M. Jean-Jacques Leclerc, directeur, Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté;

Le docteur Pierre Lalonde, directeur, Clinique jeunes adultes.

*De l'Hôpital Douglas:*

Le docteur James Farquhar, psychiatre;

La docteure Mimi Israël, chef, Département de psychiatrie; professeure agrégée, Université McGill.

*De l'Hôpital Douglas:*

Mme Myra Piat, chercheuse;

M. Amparo Garcia, chef clinico-administratif, Division des Services ultraspécialisés pour adultes;

Mme Manon Desjardins, chef clinico-administratif, Division des Services sectorisés pour adultes;

M. Jacques Hendlisz, directeur général;

Mme Robyne Kershaw-Bellemare, directrice des soins infirmiers.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

## WITNESSES

### Morning session:

#### *From the Canadian Institutes of Health Research:*

Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institute of Neurosciences,  
Mental Health and Addiction.

#### *From Laval University:*

Dr. Michel Maziade, Head, Department of Psychiatry, Faculty of  
Medicine.

#### *From the University of Montreal:*

Laurent Mottron, Researcher, Department of Psychiatry, Faculty  
of Medicine.

#### *From the University of Montreal:*

Dr. Richard Tremblay, Canada Research Chair in Child  
Development, Professor of Pediatrics, Psychiatry and  
Psychology, Director, Centre of Excellence for Early  
Childhood Development.

#### *From the Université du Québec à Montréal:*

Mr. Henri Dorvil, Professor, School of Social Work;

Dr. Michel Tousignant, Professor, Centre de recherche et  
intervention sur le suicide et l'euthanasie.

*(Continued on previous page)*

## TÉMOINS

### Séance de l'avant-midi:

#### *Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut d  
neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies.

#### *De l'Université Laval:*

Le docteur Michel Maziade, directeur, Département de psychiatrie  
Faculté de médecine.

#### *De l'Université de Montréal:*

Le docteur Laurent Mottron, chercheur, Département  
psychiatrie, Faculté de médecine.

#### *De l'Université de Montréal:*

Le docteur Richard Tremblay, titulaire, chaire de recherche  
Canada sur le développement des enfants, professeur  
pédiatrie, psychiatrie et psychologie, directeur, Cen  
d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

#### *De l'Université du Québec à Montréal:*

M. Henri Dorvil, professeur, École de travail social;

Le docteur Michel Tousignant, professeur et chercheur, Centre  
recherche et intervention sur le suicide et l'euthanasie.

*(Suite à la page précédente)*





Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-2003

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Wednesday, May 14, 2003

---

Issue No. 15

**Eighth meeting concerning:**  
Mental health and mental illness

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le mercredi 14 mai 2003

---

Fascicule n° 15

**Huitième réunion concernant:**  
La santé mentale et la maladie mentale

---

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL  
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck  
\* Carstairs, P.C.  
(or Robichaud, P.C.)  
Cook  
Cordy  
Fairbairn, P.C.  
Keon

Léger  
\* Lynch-Staunton  
(or Kinsella)  
Morin  
Roberston  
Roche  
Rossiter

*\*Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*May 14, 2003*)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck  
\* Carstairs, c.p.  
(ou Robichaud, c.p.)  
Cook  
Cordy  
Fairbairn, c.p.  
Keon

Léger  
\* Lynch-Staunton  
(ou Kinsella)  
Morin  
Robertson  
Roche  
Rossiter

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 14 mai 2003*)



MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday May 14, 2003  
(21)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:30 p.m, this day, in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, LeBreton, Léger, Morin, Roche, Rossiter (10).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee began its consideration of issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

WITNESSES:

*From the Province of British Columbia:*

Mr. Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health.

*From Queen's University:*

Ms. Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology.

*From the Centre for Addiction and Mental Health:*

Ms. Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator.

Patrick Storey, Heather Stuart and Jennifer Chambers each made a presentation and answered questions

At 5:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

*Le greffier du comité,*  
Daniel Charbonneau  
*Clerk of the Committee*

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2003  
(21)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 30, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Rossiter (10).

*Également présents:* Odette Madore et Howard Chodos, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité entreprend son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents, et particulièrement sur les enjeux liés à la santé et à la maladie mentale.

TÉMOINS:

*De la province de la Colombie-Britannique:*

M. Patrick Storey, président, Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale.

*De l'Université Queen's:*

Mme Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie.

*Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:*

Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation.

Patrick Storey, Heather Stuart et Jennifer Chambers font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 17 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 14, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:30 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

**The Deputy Chairman:** Senator Kirby, our chairman, is travelling throughout Western Canada. He has made four or five speeches this week — I read a few of them — on our health care study. He is being well received, and the speeches are being well received. It is nice to see that our committee's work is still the predominant health care study that people are paying attention to across the country.

We are continuing our study on mental health and mental illness. We will be talking about as the "S" word, the stigma. Our witnesses today are Patrick Storey from the Minister's Advisory Council on Mental Health in British Columbia; Heather Stuart, from Queen's University, and Jennifer Chambers from the Centre for Addiction and Mental Health.

Mr. Storey, please begin.

**Mr. Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health, Province of British Columbia:** I am the Chair of the Minister's Advisory Council for Mental Health in British Columbia. I think we came to your attention by virtue of the fact that a number of years ago we produced a report on discrimination against people with mental illness and their families.

I will talk a bit about the situation we have in British Columbia and make some comments that came from a public forum we organized around the issue of discrimination against people with mental illness. The information we received at that forum came directly from people with mental illness and their family members.

The members of the Minister's Advisory Council are appointed by the Minister of State for Mental Health. That position is unique in Canada at present. Our Minister of State for Mental Health in British Columbia has a unique political role in that he speaks directly for people with mental illness and their family members, as well as for people involved in providing care for people with mental illness and their family members. He represents those interests at the cabinet table for the provincial government.

One big advantage of that is that the Minister of State has direct access to other ministers who are responsible for services that are important to people with mental illness — ministries that

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 14 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 15 h 30 pour faire une étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Notre président, le sénateur Kirby, est en voyage dans tout l'Ouest canadien. Il a prononcé quatre ou cinq discours cette semaine — j'en ai lus quelques-uns — portant sur notre étude des soins de santé. Il est bien accueilli et les discours le sont aussi. Il est plaisant de constater que le travail de notre comité est encore l'étude prédominante des soins de santé à laquelle les gens prêtent attention à travers tout le pays.

Nous poursuivrons notre étude sur la santé mentale et la maladie mentale. Nous parlerons du mot à la mode «S», signifiant le stigmat. Aujourd'hui, nos témoins sont Patrick Storey, du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale en Colombie-Britannique, Heather Stuart, de l'Université Queen's, et Jennifer Chambers, du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Monsieur Storey, la parole est à vous.

**M. Patrick Storey, président, Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale, province de la Colombie-Britannique:** Je suis le président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale en Colombie-Britannique. Je pense que nous avons attiré votre attention en vertu du fait que nous avons produit il y a quelques années un rapport sur la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille.

Je dirai quelques mots sur la situation qui prévaut en Colombie-Britannique et je ferai quelques commentaires découlant d'un forum public que nous avons organisé autour de la question de la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale. Les renseignements que nous avons obtenus lors de ce forum provenaient directement de gens atteints d'une maladie mentale et de leur famille.

Les membres du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale sont nommés par le ministre d'État à la Santé mentale. À l'heure actuelle, le poste est unique au Canada. Notre ministre d'État à la Santé mentale, en Colombie-Britannique, joue un rôle politique unique par le fait qu'il parle directement au nom des gens atteints d'une maladie mentale et de leur famille, ainsi qu'au nom des gens impliqués dans la prestation de soins aux personnes atteintes d'une maladie mentale et à leur famille. Il représente ces intérêts à la table du Cabinet pour le gouvernement provincial.

Notre grand avantage découle du fait que le ministre d'État a directement accès aux autres ministres qui sont chargés de services importants pour les personnes atteintes d'une maladie mentale —



are outside the health portfolio and ministers responsible for income support programs and housing, et cetera. We feel those services are absolutely essential to supporting people with mental illness as equal members of our community.

The council is composed of 15 members. The consumer, the family and caregiver groups are represented equally on the council. The role of the council is to provide the Minister of State for Mental Health with advice with respect to the implementation of the mental health reform plan that was developed over the last decade and on the general provision of mental health services in the province. In addition, the council supports the minister in his efforts to reach the specific goals assigned to his office, chief among which is a public information campaign on mental health and mental illness for the province.

The public forum on discrimination occurred in 1999. The council, during its initial meetings, quickly identified the issue of discrimination as among the most important concerns of people with mental illness, and their family members. To better understand this issue in a British Columbia context, a community forum was organized to facilitate the discussion of the experience of discrimination and its impacts on the lives of people with mental illness, and their family members. The Vancouver-Richmond Health Authority cooperated with us in this venture. Approximately 200 people attended, most of whom were consumers of mental health services and their family members. We had keynote speakers, one of whom was Lenny Gagnon, an advocate for people with mental illnesses and a woman living with mental illness herself, who spoke eloquently about her personal experience with discrimination, and Dulcie McCallum, the former ombudsman of British Columbia and the author of a report entitled, "Listening." That report was done on Riverview Hospital, which is our provincial psychiatric hospital. She spoke of the root causes of discrimination against people with mental illness and how this has led to neglect of mental health services generally in the health care system.

We had many small group discussions among these people. We had a panel that spoke more specifically about what could be done about discrimination in the province. Lots of ideas and lots of food for thought came out of that panel, and we continued in small group discussions. The small group discussions eventually focused on recommendations or things that could be done to reduce discrimination in the province as a whole.

We hired a woman to attend this session, research the literature and write a report, and she did a thorough job. We were looking for a report of 10 to 15 pages in length. She produced a 70-page

les ministres qui ne s'occupent pas du portefeuille de la santé et les ministres responsables des programmes de soutien du revenu et du logement, et cetera. Nous estimons que ces services sont absolument essentiels pour appuyer les gens atteints d'une maladie mentale à titre de membres égaux au sein de notre collectivité.

Le Conseil se compose de 15 membres. Les consommateurs, les familles et les dispensateurs de soins sont représentés de façon égale au Conseil. Le rôle du Conseil consiste à fournir au ministre d'État à la Santé mentale des conseils concernant la mise en œuvre du plan de réforme de la santé mentale qui a été élaboré au cours de la dernière décennie et la prestation générale de services de santé mentale dans la province. En outre, le Conseil appuie le ministre dans ses efforts visant à atteindre les objectifs particuliers attribués à ce bureau, en premier lieu une campagne d'information publique sur la santé mentale et la maladie mentale pour la province.

Le forum public sur la discrimination s'est déroulé en 1999. Au cours de ses premières rencontres, le Conseil a rapidement identifié la question de la discrimination parmi les préoccupations les plus importantes des personnes atteintes d'une maladie mentale et de leur famille. Afin de mieux comprendre ce problème dans un contexte propre à la Colombie-Britannique, un forum communautaire a été organisé pour faciliter les discussions sur l'expérience de la discrimination et ses incidences sur la vie des personnes atteintes d'une maladie mentale et de leur famille. La Vancouver-Richmond Health Authority a collaboré avec nous dans le cadre de cette initiative. Environ 200 personnes y ont assisté, la plupart d'entre elles étant des consommateurs de services de santé mentale et leur famille. Nous avons eu des conférenciers de prestige, dont Lenny Gagnon, avocate représentant les personnes atteintes de maladies mentales et femme ayant elle-même une maladie mentale, qui nous ont parlé avec éloquence de leur expérience personnelle avec la discrimination, et Dulcie McCallum, ancienne protectrice du citoyen de la Colombie-Britannique et auteure d'un rapport intitulé «Listening». Ce rapport a été rédigé à propos du Riverview Hospital, qui est notre hôpital psychiatrique provincial. Elle a parlé des causes profondes de la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale et de la façon dont cela a abouti à négliger les soins de santé mentale en général dans le système de soins de santé.

Nous avons eu de petites discussions en groupes entre ces gens. Une table ronde s'est penchée plus spécifiquement sur ce qui pourrait être fait au sujet de la discrimination dans la province. Des tas d'idées et des tas d'éléments de réflexion ont émané de ce groupe d'experts, et nous avons poursuivi nos discussions en petits groupes. Ces dernières se sont concentrées sur les recommandations ou les choses qui pourraient être faites pour réduire la discrimination dans l'ensemble de la province.

Nous avons engagé une femme pour assister à cette session, faire des recherches dans la documentation disponible et rédiger un rapport, et elle a effectué du bon travail. Nous espérions un

report. We have not put that lengthy report on the net, but we can give you a copy, if you wish. It is a detailed and good report.

A large number of recommendations came out of the public forum and, in consultation with the council, I have identified four points that I would like to bring to your attention today. The first of these is that we need to recognize discrimination against people with mental illness and their family members as just as unacceptable as other forms of discrimination. We need to devote the same energy to its elimination that we devote to the elimination of other forms of discrimination.

Dr. Stuart and I have a slight disagreement on this point. We have discovered that anyone who uses the word "stigma," the "s" word, as you have already identified, has to put a quarter into the pot. We feel that "discrimination" is really the most appropriate word to describe what happens. Inequality results from discrimination, and that is the situation faced by people with mental illness and their family members. We feel that "discrimination" is a more potent word, and we need to look at a discrimination model as opposed to a stigma model.

The second point I want to make is that we need to reduce the discrimination endemic to our health care system. In the discussions we had with people with mental illness, it was remarkable that they all had stories to tell of mistreatment in emergency rooms, as well as hospitals generally. Even when they were presenting complaints of a physical nature, they were treated as mental patients.

I am also the parent of a son who has struggled with depression and suicide. He has had a couple of psychiatric hospitalizations. He spent four hours in handcuffs at our local emergency ward following a suicidal gesture. I was not entirely happy with that experience.

Recent research in British Columbia has found that people with mental illness who have had one hospitalization have a mortality rate seven times greater than that of the general population. Dr. Elliott Goldner, an associate of Dr. Stuart, completed that research. I got that figure directly from him.

Recently, the Province of British Columbia conducted a review of disability benefit payments, and the B.C. division of the Canadian Mental Health Association was given a contract to assist people with mental illness to go through that process. One of the startling things they found was that 40 per cent of people with mental illness who were on disability benefits were not linked in any way to a family physician. That is quite remarkable.

rapport de 10 à 15 pages et elle en a produit un de 70 pages. Nous n'avons pas mis ce long rapport sur l'Internet, mais nous pouvons vous en remettre un exemplaire, si vous le souhaitez. Il s'agit d'un bon rapport détaillé.

Un grand nombre de recommandations ont émané du forum public et, en consultation avec le Conseil, j'ai identifié quatre points que j'aimerais aujourd'hui porter à votre attention. Le premier est que nous devons reconnaître la discrimination contre les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille comme étant tout aussi inacceptable que les autres formes de discrimination. Nous devons consacrer la même énergie à son éradication que nous en consacrons à l'élimination des autres formes de discrimination.

Heather Stuart et moi-même sommes légèrement en désaccord sur ce point. Nous avons découvert que quiconque utilise le mot «stigmaté», le mot à la mode «S», comme vous l'avez déjà identifié, doit verser une pièce de 25 cents dans la cagnotte. Nous estimons que la «discrimination» est vraiment le mot le plus approprié pour décrire ce qui se passe. L'inégalité résulte de la discrimination, et c'est la situation à laquelle sont confrontées les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille. Nous estimons que «discrimination» est un mot plus efficace et nous devons examiner un modèle de discrimination par opposition à un modèle de stigmaté.

Le second point que je souhaite soulever concerne la nécessité de réduire la discrimination endémique à notre système de soins de santé. Au cours des discussions que nous avons eues avec des personnes souffrant de maladie mentale, ce qui était remarquable c'est qu'elles avaient toutes à raconter des histoires de mauvais traitement dans les salles d'urgence, ainsi que dans les hôpitaux en général. Même lorsqu'elles émettaient des plaintes de nature physique, elles étaient traitées comme des malades mentales.

Je suis également le père d'un garçon qui a lutté contre la dépression et le suicide. Il a subi plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique. Il s'est retrouvé menotté dans notre service local des urgences à la suite d'un geste suicidaire. Je n'ai pas été entièrement satisfait de cette expérience.

Des recherches effectuées récemment en Colombie-Britannique ont révélé que les personnes atteintes d'une maladie mentale ayant subi une hospitalisation ont un taux de mortalité sept fois supérieur à celui de la population en général. M. Elliott Goldner, un collaborateur de la Mme Stuart, a effectué cette recherche. J'ai obtenu ce chiffre directement de lui.

Récemment, la province de la Colombie-Britannique a effectué un examen des prestations d'invalidité versées et la division de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale a obtenu un contrat pour aider les malades mentaux à franchir ce processus. L'une des choses surprenantes qu'ils ont constatées était que 40 p. 100 des personnes atteintes d'une maladie mentale et percevant des prestations d'invalidité n'avaient aucun lien avec un médecin de famille. C'est tout à fait digne de mention.



To deal with these issues, we need to develop a health care system that is understanding of and responsive to the needs of mental illness. They are different than people with other health issues.

Education is required to assist health care professionals to learn to work more effectively with people with mental illness. We need to establish clear national standards for mental health care and educate people with mental illness and their family members about what they can reasonably expect when accessing mental health services.

I brought a copy of a charter of patient rights from Northern Ireland. In British Columbia, we devoted time and energy to developing a charter for people with mental illness. The Northern Ireland model is a particularly good one, and I would encourage you to take a look at it. The document clearly and simply outlines the rights a person with mental illness has in relation to the health care system and the service and treatment they can expect as a consumer of these services. We believe that if we educate and empower people with mental illness as consumers of health care services, it will make them more effective consumers and help health care providers provide services that are more relevant.

The third point I want to make is that we need to protect mental health service funding and spend money on services that are effective and relevant. In British Columbia, mental health dollars are no longer protected. Generally, they are lumped in with health care dollars, the effect of which has been that even though a lot of additional money has been directed toward mental health services in B.C., much of it is not being spent on mental health services.

We have a system of health authorities in the province right now. In my position as Chair of the Minister's Advisory Council, I have people phoning me. I call them whistle-blowers. They report abuses of those dollars, knowing I can discuss this with Minister Cheema. It is interesting that the dollars most abused are those devoted to community services as opposed to dollars for beds, capital dollars.

As one example, it was reported to me that the Provincial Health Services Authority spent \$1 million on renovating their administration offices. That money came from the Riverview Hospital budget. I think that is an example of discrimination — mental health dollars going to the renovation of administrative offices.

A number of policy changes are required in addition to protecting the actual dollars for mental health. Medical billing schedules and procedures, extended health benefits, pension plans, et cetera, do not recognize the special features and challenges of mental illness and create unnecessary obstacles to recovery and health. For example, in British Columbia, a family doctor can bill for only four counselling sessions per patient per year; yet, most people with depression go to see their family

Pour aborder ces problèmes, nous devons mettre au point un système de soins de santé qui comprend les besoins des malades mentaux et y répond. Ils sont différents de ceux des gens ayant d'autres problèmes de santé.

Il faut faire une éducation pour aider les professionnels de la santé à apprendre à travailler plus efficacement avec les malades mentaux. Nous devons établir des normes nationales claires pour les soins de santé mentale et éduquer les malades mentaux et leur famille sur les résultats qu'ils peuvent raisonnablement attendre en faisant appel à des services de santé mentale.

J'ai apporté une copie d'une charte des droits des patients d'Irlande du Nord. En Colombie-Britannique, nous avons consacré du temps et de l'énergie à élaborer une charte pour les malades mentaux. Le modèle de l'Irlande du Nord est particulièrement bon et je vous encourage à y jeter un coup d'œil. Le document énonce clairement et simplement les droits que possède une personne atteinte d'une maladie mentale en rapport avec le système de soins de santé ainsi que le service et le traitement qu'elle peut espérer à titre de consommateur de ces services. Nous pensons que si nous éduquons et habilitons les malades mentaux en tant que consommateurs de services de santé, nous en ferons des consommateurs plus efficaces et nous aiderons les prestataires de soins de santé à offrir des services plus pertinents.

Le troisième point concerne la nécessité de protéger le financement des services de santé mentale et de dépenser l'argent pour des services efficaces et pertinents. En Colombie-Britannique, les sommes consacrées à la santé mentale ne sont plus protégées. En règle générale, elles sont regroupées avec les montants consacrés aux soins de santé, si bien que même si des fonds supplémentaires ont été affectés aux services de santé mentale en Colombie-Britannique, la majorité de ces sommes n'est pas consacrée aux services de santé mentale.

Dans la province, nous avons actuellement un système d'autorités sanitaires. En ma qualité de président du Conseil consultatif du ministre, des gens me téléphonent. Je les appelle des dénonciateurs. Ils mentionnent les abus qui sont faits de ces sommes, en sachant que je peux en parler avec le ministre Cheema. Il est intéressant de constater que les plus grands abus concernent les services communautaires par opposition aux lits et aux dépenses d'immobilisations.

Par exemple, on m'a rapporté que la Provincial Health Services Authority a dépensé un million de dollars pour rénover ses bureaux administratifs. Cet argent provenait du budget de l'Hôpital Riverview. Je pense qu'il s'agit d'un exemple de discrimination — des fonds destinés à la santé mentale consacrés à la rénovation de bureaux administratifs.

En plus de protéger les montants consacrés à la santé mentale, il faut effectuer un certain nombre de changements au niveau des politiques. Les modalités et les barèmes de facturation des services médicaux, les prestations d'assurance-maladie complémentaire, les régimes de pension, et cetera, ne reconnaissent pas les caractéristiques et les défis particuliers de la santé mentale et dressent des obstacles inutiles à la guérison et à la santé. En Colombie-Britannique, par exemple, un médecin de famille ne



doctor. Though antidepressant medication is a helpful adjunct, alone it is not sufficient to help people deal effectively with that sometimes debilitating condition. Doctors are not in a position to provide the help required for a person in a depression.

Changing some of these fundamental policies and procedures is essential to reducing discrimination. We need to support the development of mental health delivery systems that are holistic in nature, recovery-oriented and based on best practices. This model not only includes appropriate pharmacological and psychiatric care but also prioritizes the importance of stable, secure and adequate housing and income, rehabilitation services, personal support in the development of relationships and meaningful roles within the community through employment and educational opportunities.

When I was Chair of the Board of Trustees for Riverview Hospital, there was a lot in the media about the waiting list to get into the hospital. Much was made of the inconvenience of general hospital patients who had to put up with difficult behaviour on the part of psychiatric patients who were kept in the halls or placed on other wards. No one wanted to listen to my complaints about the lack of community resources preventing people from being discharged home from Riverview Hospital. The problem was not the waiting list to get into the hospital; it was the waiting list to get out. The absence of adequate community resources in the various neighbourhoods and communities kept people in the hospital longer than they needed to be. That has a powerful discriminating effect.

Finally, I am also a member of the National Parole Board. It is extremely disconcerting for me to sit across the table from a man or woman who is in federal prison at least partly as the result of mental illness and be unable to make a decision that supports their reintegration into the community.

I brought with me another article entitled, "The Prison Careers of Offenders with Mental Disorders," and it discusses some of the discriminatory aspects of that system. We know that a large number of people with mental illness at some point in time have a prison experience. Prison research shows that people with mental illness are more likely than other inmates to serve a greater portion of their sentence at higher levels of security, are less likely to get parole and are more likely to be returned to prison for a violation of release conditions without reoffending than peers who do not have a mental illness. For federal offenders, it is difficult to access provincially funded mental health services in the community due to specific provisions of the Mental Health Act of British Columbia. This act is, in itself, discriminatory to this population. It directs that directors of provincial facilities not provide care to people coming from federal institutions. That is a federal government funding responsibility, and so people who are

peut facturer que quatre consultations par an par patient; cependant, la plupart des gens souffrant d'une dépression vont voir leur médecin de famille. Même si les médicaments antidépresseurs constituent un complément utile, seuls ils ne suffisent pas pour aider les gens à surmonter efficacement cet état parfois débilitant. Les médecins ne sont pas en mesure d'offrir l'aide nécessaire à une personne déprimée.

Pour réduire la discrimination, il est primordial de modifier certaines de ces politiques et modalités de base. Nous devons appuyer l'élaboration de systèmes de prestation de services de santé mentale holistiques, axés sur la guérison et reposant sur les meilleures pratiques. Ce modèle inclut non seulement des soins pharmacologiques et psychiatriques appropriés mais priorise également l'importance d'un logement et d'un revenu stables, sûrs et adéquats, de services de réadaptation, un soutien personnel pour développer des relations et des rôles valables au sein de la collectivité grâce aux débouchés en matière d'emploi et d'éducation.

Lorsque j'étais président du Conseil de surveillance de l'Hôpital Riverview, les médias parlaient beaucoup de la liste d'attente pour entrer à l'hôpital. On faisait beaucoup de cas des désagréments vécus par les patients de l'hôpital général qui devaient supporter le comportement difficile de patients psychiatriques que l'on gardait dans les couloirs ou plaçait dans d'autres services. Personne ne voulait entendre mes plaintes concernant le manque de ressources communautaires empêchant des patients de l'Hôpital Riverview d'être renvoyés chez eux. Le problème n'était pas la liste d'attente pour entrer à l'hôpital; c'était la liste d'attente pour en sortir. L'absence de ressources communautaires adéquates dans les divers quartiers et collectivités maintenait les gens plus longtemps à l'hôpital qu'il ne fallait. Cette situation a un effet discriminatoire puissant.

Enfin, je suis également membre de la Commission nationale des libérations conditionnelles. Pour moi, il est extrêmement déconcertant d'être assis à une table, en face d'un homme ou d'une femme se trouvant dans une prison fédérale au moins en partie à cause d'une maladie mentale, et d'être incapable de prendre une décision qui favorise leur réintégration dans la collectivité.

J'ai apporté avec moi un autre article intitulé «The Prison Careers of Offenders with Mental Disorders» qui aborde certains des aspects discriminatoires de ce système. Nous savons que beaucoup de malades mentaux sont incarcérés à un certain moment de leur vie. Les recherches effectuées dans les prisons révèlent que les malades mentaux ont plus de chances que les autres détenus de purger une plus grande partie de leur peine à des niveaux supérieurs de sécurité, ont moins de chances d'obtenir une libération conditionnelle et risquent davantage de retourner en prison pour une infraction aux conditions de libération sans récidive que leurs pairs non malades mentaux. Pour les délinquants fédéraux, il est difficile d'avoir accès à des services de santé mentale financés par la province dans la collectivité, en raison de dispositions spécifiques de la Loi sur la santé mentale de la Colombie-Britannique. Cette loi est, par elle-même, discriminatoire à l'égard de cette population. Elle ordonne aux



in federal prison with mental illness trying to get a release into the community will not get service from the local mental health centre or from other services, which is intolerable.

Research also shows that people with mental illness admitted to the provincial correctional system are often unable to access the services they need to deal with their mental illness adequately. Federal and provincial correctional authorities and health authorities must work together to address these deficiencies and reduce the discrimination faced by people in conflict with the law.

In conclusion, the reduction of discrimination is an essential aspect of improving the quality of life for people with mental illness and family members and is necessary for truly meaningful change to occur within the health care system in this country. We are encouraged that this committee is looking in detail into this issue and, more generally, into the delivery of mental health services in this country. In the view of the council, the investigation is well warranted, and we hope that we can provide you with any assistance in the future that you may require of us.

**Ms. Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology, Queen's University:** My background is as a social epidemiologist. I am interested in mental health research and I do much research in what I have learned today is now called the "s word." I do stigma research with funding from the Ontario government. I have also worked extensively with the World Psychiatric Association to implement anti-stigma programs. Canada was one of the first countries in which this was done globally. I thought I might contribute a small overview of the research to provide you with some sense of what is possible in the realm of anti-stigma interventions.

I will begin by telling you how I understand the word "stigma" because, as you have heard, there are different interpretations. I am drawing much of this from the social psychological literature and the real essence of stigma is that people notice somebody is different — they are different from you. Not only are they different but also that difference is in some way devalued. It is considered to be a negative difference. People who are stigmatized are somehow spoiled in that their identity is spoiled. They are seen as social inferiors.

Early research looked at the people who are stigmatized to see what made them different. Then we focused on the people who were stigmatizing to see what made them do it. Neither of those two branches of research was helpful to public health people who wanted to implement anti-stigma interventions. It did not guide us very much.

directeurs des établissements provinciaux de ne pas offrir de soins aux personnes qui viennent d'institutions fédérales. C'est une responsabilité financière du gouvernement fédéral, si bien que les malades mentaux détenus dans une prison fédérale, qui essaient d'obtenir une libération dans la collectivité, n'obtiendront pas de services du centre local de santé mentale ou d'autres services, ce qui est intolérable.

Des recherches montrent également que les malades mentaux admis dans le système correctionnel provincial sont souvent incapables d'avoir accès aux services indispensables pour traiter convenablement leur maladie mentale. Les autorités correctionnelles fédérales et provinciales et les autorités sanitaires doivent collaborer pour s'attaquer à ces anomalies et réduire la discrimination à laquelle font face les personnes en conflit avec la loi.

En conclusion, la réduction de la discrimination constitue un aspect essentiel de l'amélioration de la qualité de vie des malades mentaux et de leur famille et elle s'impose pour déclencher un véritable changement probant au sein du système de soins de santé au Canada. Ce qui nous encourage, c'est que votre comité étudie en détail cette question et, de façon plus générale, la prestation des services de santé mentale au pays. Aux yeux du Conseil, l'enquête est nettement justifiée et nous espérons pouvoir vous offrir à l'avenir toute l'aide que vous pourrez nous demander.

**Mme Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire et épidémiologie, Université Queen's:** Je possède un bagage en épidémiologie sociale. Je m'intéresse à la recherche sur la santé mentale et j'effectue beaucoup de recherches sur ce qui est appelé aujourd'hui le «mot S». Je fais des recherches sur le stigmatisme grâce à des fonds du gouvernement ontarien. J'ai également collaboré énormément avec l'Association mondiale de psychiatrie pour mettre en œuvre des programmes anti-stigmatisme. Le Canada a été l'un des premiers pays à le faire de façon globale. J'ai pensé que je pourrais présenter un petit aperçu de la recherche pour vous donner une idée de ce qui est possible dans le domaine des interventions anti-stigmatisme.

Je commencerai en vous disant quelle est ma compréhension du mot «stigmatisme» parce que, comme vous l'avez entendu, il existe des interprétations différentes. Je tire cette définition en grande partie de la documentation socio-psychologique et l'essence même du stigmatisme est que les gens remarquent que quelqu'un est différent — différent de vous. Les gens sont non seulement différents mais cette différence est également, dans une certaine mesure, dévaluée. Elle est considérée comme une différence négative. Les gens qui sont stigmatisés sont quelque peu dénigrés par le fait que leur identité est dénigrée. Ils sont considérés comme des êtres socialement inférieurs.

Les premières recherches ont examiné les gens qui sont stigmatisés pour voir ce qui les rendait différents. Ensuite, nous nous sommes concentrés sur les personnes qui stigmatisaient pour voir qu'est-ce qui les poussait à le faire. Aucune de ces deux avenues de la recherche n'a été utile pour les responsables de la santé publique qui souhaitaient entamer des interventions anti-stigmatisme. Cela ne nous a pas guidés beaucoup.



We are hoping that a third generation of research may focus on the kinds of social structure that you heard my colleague discussing already, which really perpetuate social inequity and discrimination — the structures and organizations, the policies and the programs that make this happen. It is difficult to change attitudes but you can change policies much more easily.

In the context of mental illness, consumers will describe stigma as worse than having a mental illness. It is perceived to be a second dimension of suffering, almost a second level of disease that they have to cope with that is more debilitating and disabling than the mental illness they suffer. You can well imagine some of the consequences of stigma. You are denied social standing and rights and social entitlements. You are actively discriminated against. We have to focus on the discrimination.

What is more insidious than discrimination is the social inequity that comes from collective neglect. Discrimination implies that we actively do something to someone but often in the realm of mental illnesses, we ignore the issue. We all ignore the issue and as a result of that collective neglect, people who have mental illness do not have the same social standing or opportunities that the rest of us have.

This is a major obstacle to their recovery. The fear of being stigmatized can delay them seeking treatment. People with a mental illness do not want to be labelled and so they do not approach health care professionals. They think that going to a health care professional will impede their access to social standing. We have done surveys in Ontario that showed one-quarter of the consumers that we surveyed had indicated that they had been stigmatized by a health professional in the past; and 50 per cent of them had delayed seeking treatment for a mental health condition when they knew they needed treatment because they were afraid of being stigmatized.

We are in a community mental health model right now and so stigma and discrimination are the crux of the issue for us. They are our major barriers to the treatment of mental illness in our modern day. We expect, when we put people into the community, that the community will want them and nurture them. This is not happening.

Public awareness is more myth than reality. The public tend to focus heavily on unpredictability and dangerousness. It is difficult not to do that when each time you turn on the TV, you see reports or movies sensationalizing the violence of the mentally ill. We think about mental illness in terms of violence, unpredictability and dangerousness. We have other misconceptions. We think that people with mental illness have low IQs, that they cannot hold a job or that they cannot be treated successfully in the community. These things are not true. Yet, when the public is surveyed, this is precisely what we find that they believe.

Nous espérons qu'une troisième génération de travaux de recherche pourra se concentrer sur les types de structures sociales dont vous avez déjà entendu parler par mon collègue, qui perpétuent vraiment l'inégalité sociale et la discrimination — les structures et les organismes, ainsi que les politiques et les programmes qui font en sorte que cela arrive. Il est difficile de changer les attitudes mais vous pouvez changer beaucoup plus facilement les politiques.

Dans le contexte de la santé mentale, les consommateurs décriront le stigmatisme comme étant pire qu'avoir une maladie mentale. Il est perçu comme une seconde dimension de la souffrance, quasiment un second niveau de maladie auquel il faut faire face et qui est plus débilisant et invalidant que la maladie mentale dont ils souffrent. Vous pouvez parfaitement imaginer certaines des conséquences du stigmatisme. On vous refuse un statut social ainsi que des droits sociaux. Vous faites l'objet d'une discrimination active. Nous devons cibler la discrimination.

Ce qui est plus insidieux que la discrimination c'est l'inégalité sociale qui découle de la négligence collective. La discrimination implique que nous faisons activement quelque chose à quelqu'un mais souvent, dans le domaine des maladies mentales, nous ignorons le problème. Nous ignorons tous le problème et, par suite de cette négligence collective, les personnes atteintes d'une maladie mentale ne bénéficient pas de la même position sociale ou des mêmes possibilités que le reste d'entre nous.

C'est un obstacle majeur à leur guérison. La peur d'être stigmatisées peut retarder leur recherche d'un traitement. Les malades mentaux ne veulent pas être étiquetés et ils ne consultent donc pas les professionnels de la santé. Ils estiment que le fait de consulter un professionnel de la santé entravera leur accès à une position sociale. Nous avons effectué des sondages en Ontario qui ont révélé qu'un quart des consommateurs interrogés avaient mentionné avoir été stigmatisés par un professionnel de la santé dans le passé et que 50 p. 100 d'entre eux avaient retardé la recherche d'un traitement pour une maladie mentale alors qu'ils étaient conscients d'en avoir besoin, par peur d'être stigmatisés.

Nous nous trouvons actuellement dans un modèle communautaire de santé mentale et donc le stigmatisme et la discrimination sont pour nous le nœud du problème. Ce sont nos principaux obstacles au traitement de la santé mentale à notre époque moderne. Lorsque nous relâchons les gens dans notre collectivité, nous espérons que la collectivité les acceptera et prendra soin d'eux. Ce n'est pas le cas.

La sensibilisation du public est davantage un mythe qu'une réalité. Le public a tendance à se concentrer fortement sur l'imprévisibilité et la dangerosité. Il est difficile de ne pas le faire lorsque, chaque fois que vous ouvrez la télévision, vous voyez des reportages ou des films sensationnalistes sur la violence des malades mentaux. Nous pensons à la santé mentale en termes de violence, d'imprévisibilité et de dangerosité. Nous avons d'autres idées fausses. Nous pensons que les malades mentaux ont un QI bas, qu'ils ne peuvent pas conserver un emploi ou qu'on ne peut pas réussir à les traiter dans la collectivité. Ce n'est pas vrai. Et pourtant, lorsqu'on sonde le public, c'est précisément les croyances que l'on constate.



When we talked to the public through community surveys about their knowledge of mental illness, such as schizophrenia, we find that they are well informed. When you ask people what causes schizophrenia, they will tell you that it is a brain disorder or they can identify a biological basis. Twenty or thirty years ago, we would not have expected that. They are well informed and literate, and yet, they stigmatize and discriminate. We are not sure now, as researches, how much we should focus on improving knowledge about mental illness as an anti-stigma reduction strategy. Perhaps it is inherently useful that people know more about mental illness but we are not sure that it makes a difference in terms of the way they treat people with mental health problems. However, we do know, from the public survey, that they rate the loss of mind as one of the most disabling conditions that they could imagine — more than losing a limb or any other thing.

If we are to deal with stigma and discrimination, we have to get a handle on this issue of dangerousness. It is probably the biggest myth that we have to fight. We know that the public links dangerousness to mental illness and in a sophisticated way. They can discriminate between types of diagnostic categories and rank them. They rank people with substance abuse as very high in terms of dangerous. People have high expectations that substance abusers will be dangerous. People with schizophrenia are ranked somewhere in the middle and people with depression are ranked a little lower. While they generally overestimate the risk, they rank them carefully according to what the research would rank them. In general, it is much overestimated.

From the literature gathered at careful reviews of the link between violence and mental illness, we can say to the public that mental illness is neither a necessary nor sufficient cause of violence. I am not sure how heartening that will be, though. I think we can say that the major determinants of violence are not mental illness but things such as poverty, age and gender. Young males of lower socio-economic status are high risk.

We can also say that it is far more likely that someone with a mental illness will be a victim of crime rather than a perpetrator of crime. Often people are in the criminal justice system because of mentally disordered behaviours that have no treatment options in the community.

We can also link substance abuse to violence. It arises consistently in the literature as a main problem. I am not referring to schizophrenias or depressions but to substance abuse alone or in combination with any kind of disorder. When we consider primary prevention — ways of reducing this vision that

Lorsque nous avons parlé au public par le biais de sondages communautaires sur leurs connaissances de la santé mentale, comme la schizophrénie, nous avons constaté qu'il est mal informé. Lorsque nous demandons aux gens ce qui cause la schizophrénie, ils vous répondent que c'est un trouble du cerveau ou bien ils peuvent identifier une cause biologique. Il y a vingt ou trente ans, nous ne nous serions pas attendus à cela. Ils sont bien informés et instruits, et pourtant ils stigmatisent et font de la discrimination. À titre de chercheurs, nous ne savons pas, à l'heure actuelle, jusqu'où nous devrions cibler l'amélioration des connaissances sur la maladie mentale comme stratégie de réduction anti-stigmate. Il est peut-être utile en soi que les gens soient davantage informés sur la maladie mentale mais nous ne sommes pas convaincus que cela fait une différence sur la façon dont ils traitent les gens atteints d'une maladie mentale. Toutefois, d'après le sondage public, nous savons qu'ils classent la folie parmi les troubles les plus invalidants qu'ils pourraient imaginer — davantage que la perte d'un membre ou de toute autre chose.

Si nous voulons aborder le stigmate et la discrimination, nous devons maîtriser ce problème de la dangerosité. C'est probablement le plus grand mythe que nous avons à combattre. Nous savons que le public établit un lien entre la dangerosité et la maladie mentale, et d'une façon subtile. Les gens peuvent faire une discrimination entre des types de catégories de diagnostics et les classer. Ils classent les gens qui abusent de substances intoxicantes parmi les personnes à très haut risque. Le public s'attend beaucoup à ce que ces personnes seront dangereuses. Les gens atteints de schizophrénie sont classés quelque part au milieu et les gens atteints d'une dépression sont classés un peu plus bas. Même si la population surestime généralement les risques, elle les classe soigneusement selon l'ordre que leur donnerait la recherche. En général, c'est très surestimé.

D'après les documents recueillis lors d'examen minutieux du lien entre la violence et la maladie mentale, nous pouvons dire au public que la maladie mentale n'est une cause de violence ni nécessaire ni suffisante. Je ne sais cependant pas dans quelle mesure cela sera réconfortant. À mon avis, nous pouvons dire que les principaux éléments déterminants de la violence ne sont pas la maladie mentale mais des critères comme la pauvreté, l'âge et le sexe. Les jeunes hommes ayant un statut socio-économique bas sont très à risque.

Nous pouvons également dire qu'il est beaucoup plus probable qu'une personne atteinte de maladie mentale sera victime d'un crime plutôt que son auteur. Souvent, les gens se retrouvent dans le système de justice pénale en raison de comportements liés à des troubles mentaux qui n'ont pas de possibilités de traitement dans la collectivité.

Nous pouvons également établir un lien entre l'abus de substances intoxicantes et la violence. C'est constamment un problème important dans la documentation examinée. Je ne parle pas de schizophrénie ou de dépression mais d'abus de substances intoxicantes seules ou de concert avec un trouble quelconque.

the public has of the crazed killer — substance abuse would be an area where we would want to spend time to think about how we could reduce that.

With respect to anti-stigma interventions, how do we stop stigma and discrimination? We are learning from the World Psychiatric Association work that one size does not fit all. It is a waste of time and energy to embark on a large, public education campaign that is designed to improve literacy as an anti-stigma intervention because segments of the population have different views. They understand their risks differently depending on the diagnostic group. We are now talking about more focused and targeted interventions. We have had the best success in all of the things that we have tried by going into high schools and working with young people because they are more malleable. We have learned that we need to take approaches that will bring people into contact with those who have a mental illness, in constructive ways.

Best practices and anti-stigma programming are emerging. We do not have enough knowledge to make good decisions. We are still learning. We have global programs and a number of countries have embarked on large-scale efforts to reduce stigma and discrimination. They are collecting data and embedding evaluation and research in these efforts so that we are able to learn from our mistakes as we go along.

Based on this, we can say that knowledge about mental illness does not predict behaviours. If you want to change behaviour, adding to knowledge does not necessarily do it. We have to work at a policy level and we have to get at the way people act towards one another.

We also have to think about the fact that we really do not know much in the world yet. Canada is a leader and we do not know much in Canada about how to change attitudes on a large-scale basis. We have tried to do it with exercise, smoking and diet, with all kinds of different things, and we have had variable success.

This is something we are trying to do now that has been historically entrenched in every culture we can identify. It is long standing. The fear of people with mental illness will not be easily removed from our culture. I do not think we have enough of a knowledge base yet. One of the other things we need to think about is how to improve our knowledge base as we go through this process, as we try to make a difference, to make sure we are collecting enough information as we go systematically to be able to say, five years down the road, what worked, what did not and why.

Lorsque nous envisageons la prévention primaire — les moyens de réduire cette vision que le public a du tueur rendu fou — l'abus de substances intoxicantes serait un domaine sur lequel nous aimerions nous pencher pour réfléchir à la façon d'atténuer ce problème.

En ce qui concerne les interventions anti-stigmate, comment arrêter le stigmate et la discrimination? Nous apprenons de l'Association mondiale de psychiatrie qu'il n'y a pas de solution unique. C'est une perte de temps et d'énergie de se lancer dans une vaste campagne d'éducation du public destinée à améliorer l'alphabétisation comme intervention anti-stigmate car les couches de la population ont des points de vue différents. Elles comprennent leurs risques différemment selon le groupe diagnostic. Nous parlons maintenant d'interventions plus centrées et plus ciblées. Nous avons connu le meilleur succès parmi toutes nos tentatives en nous rendant dans les écoles secondaires et en travaillant avec les jeunes car ils sont plus malléables. Nous avons appris qu'il faut adopter des approches qui mettront les gens en contact avec des personnes atteintes de maladie mentale, selon des méthodes constructives.

On commence à voir émerger des meilleures pratiques et des programmes anti-stigmate. Nous n'avons pas de connaissances suffisantes pour prendre de bonnes décisions. Nous en sommes encore au stade de l'apprentissage. Nous avons des programmes mondiaux et un certain nombre de pays ont adhéré à des efforts déployés à grande échelle pour réduire le stigmate et la discrimination. Ils recueillent des données et englobent l'évaluation et la recherche dans ces efforts afin que nous puissions tirer la leçon de nos erreurs au fur et à mesure.

D'après cela, nous pouvons dire que les connaissances sur la santé mentale ne prédisent pas les comportements. Si vous voulez modifier un comportement, un supplément de connaissances ne permet pas forcément d'y parvenir. Nous devons travailler au niveau des politiques et nous devons agir sur la façon dont les gens interagissent.

Nous devons également penser au fait que nous ne savons pas encore vraiment grand chose dans le monde. Le Canada est un chef de file et nous ne savons pas bien, même au Canada, comment changer les attitudes à grande échelle. Nous avons essayé de le faire avec l'exercice, le tabac et les régimes alimentaires, avec toutes sortes de choses différentes, et nous avons eu un succès mitigé.

C'est quelque chose que nous essayons de faire actuellement et qui a, de tout temps, été enraciné dans chaque culture que nous pouvons identifier. C'est un problème de longue date. La peur des personnes atteintes d'une maladie mentale ne sera pas facilement évacuée de notre culture. Je ne pense pas que notre base de connaissances soit suffisante à l'heure actuelle. Nous devons également nous interroger sur la façon d'améliorer notre base de connaissances à mesure que nous suivons ce processus, que nous essayons de faire une différence, de nous assurer que nous recueillons suffisamment de renseignements de façon systématique pour pouvoir dire, dans cinq ans, ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi.



**Ms. Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator, Centre for Addiction and Mental Health:** I am here on behalf of the Empowerment Council, which is a group consisting entirely of people with who have been in the psychiatric system, known as psychiatric consumer survivors, and people who have been through addiction services. We are located at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto.

This paper, which I believe honourable senators have a copy, looks beyond the effect of the general public's prejudice toward our community, to also consider the discrimination that allows for the exclusion of our community's voice both within the mental health system and in public policy.

The term "stigma" is a downgraded standard of human rights when applied to people who have been in the mental health system. Prejudice is something that can be addressed through human rights commissions. Discrimination is something for which people can seek legal remedy. There is nothing one can do about stigma when that happens.

One pervasive discrimination experienced by consumer survivors is that, unlike any other group enumerated under the Charter, it is considered acceptable to have consultations, make decisions, draft policy, run organizations with little to no involvement of the people in the community on whose behalf all these activities ostensibly exist to serve.

Discussions about women or people with physical disabilities or people of colour do not take place with large numbers of people talking about these communities, while members of the group themselves are almost completely excluded from decision making and discussion. This is not raised to blame anyone but to point out that the attitudes held by most of Canadian society allow this behaviour to go unquestioned because the false beliefs about our community are so widespread.

Prejudice toward our community is deeply ingrained in this culture. These attitudes, in effect, are primarily rooted in ignorance, and lack of information. Even more dangerous to consumer survivors is when misinformation is presented by mental health professionals and it is pervasive in the mental health system.

Biases and conflicts of interest that exist in the system often go unrecognized. The American National Council on Disability observed that policy making based on input from experts, and that excludes participation from people labelled with psychiatric disabilities themselves, results in wasteful and ineffective one-size-fits-all public policy that does not efficiently meet the needs of those it is intended to serve.

There are a number of myths and stereotypes that endanger people with a psychiatric label. One is well described as the attribution of dangerousness. I will not go into all the evidence on

**Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation, Centre de toxicomanie et de santé mentale:** Je suis ici au nom du Conseil d'habilitation, qui est un groupe composé exclusivement de personnes ayant séjourné dans le système psychiatrique, appelées survivants de la consommation psychiatrique, et de gens qui sont passés par des services de toxicomanie. Nous sommes localisés dans le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto.

Mon exposé, dont vous devriez avoir une copie, va plus loin que l'incidence des préjugés du grand public à l'égard de notre groupe pour envisager également la discrimination qui permet d'exclure la voix de notre groupe, tant au sein du système de santé mentale que dans la politique publique.

Le terme «stigmaté» est une norme déclassée de droits humains lorsqu'il s'applique à des gens qui ont séjourné dans le système de santé mentale. Les préjugés sont un élément qui peut être abordé par les commissions des droits de la personne. La discrimination est une chose pour laquelle les gens peuvent demander un recours judiciaire. Il n'y a rien que l'on puisse faire à propos d'un stigmaté quand il arrive.

Une discrimination envahissante subie par les survivants de la consommation découle du fait que, à la différence de tout autre groupe énuméré dans la Charte, il est jugé acceptable d'avoir des consultations, de prendre des décisions, de rédiger une politique, de diriger des organismes avec une participation minime ou nulle des membres de la collectivité que ces activités sont ostensiblement censées desservir.

Les discussions sur les femmes ou les personnes atteintes d'incapacités physiques ou les personnes de couleur ne se déroulent en présence de beaucoup de gens qui parlent de ces groupes, tandis que les membres du groupe eux-mêmes sont presque totalement exclus du processus décisionnel et de la discussion. Ce problème n'est pas soulevé pour blâmer qui que ce soit mais pour souligner le fait que les attitudes adoptées par la majorité de la société canadienne permettent à ce comportement de ne pas être en mis en doute car les fausses croyances au sujet de notre groupe sont tellement répandues.

Les préjugés à l'égard de notre groupe sont profondément enracinés dans cette culture. En fait, ces attitudes sont principalement enracinées dans l'ignorance et le manque d'informations. Ce qui est encore plus dangereux pour les survivants de la consommation c'est lorsque la désinformation est présentée par les professionnels de la santé mentale, et c'est une pratique prépondérante dans le système de santé mentale.

Les préjugés et les conflits d'intérêt qui existent dans le système ne sont souvent pas reconnus. L'American National Council on Disability a observé que l'élaboration des politiques reposant sur les suggestions d'experts, et cela exclut la participation des personnes étiquetées elles-mêmes avec des déficiences psychiatriques, aboutit à une politique publique unique, inefficace et inutile, qui ne répond pas efficacement aux besoins des personnes qu'elle est censée desservir.

Il existe un certain nombre de mythes et de stéréotypes qui mettent en danger les personnes auxquelles on a collé une étiquette psychiatrique. L'un est bien décrit comme étant



that, as you just heard a good bit of it. Despite the availability of the information on dangerousness not being an issue for people who have been in the psychiatric system, lobby groups and governments often promote public fears to justify more restrictive and invasive treatment of people with psychiatric histories.

We have been through this experience in Ontario where a piece of mental health legislation that has nothing to do with dangerousness is named after a mentally disturbed man who killed someone, implying that anyone subject to the legislation is dangerous and violent. This exaggeration of dangerousness has the worst effect on people in the forensic system, where despite evidence that people in the forensic system are less likely to offend than similar offenders who are not considered mentally disturbed, are often held far longer in the system.

One difficulty of shifting the discussion of the association between people in the mental health system and violence is the circular reasoning that happens. If a particularly violent crime is committed people say, "Oh, that person is sick, psycho, weird," so there is no way to get outside the debate, even if they were not considered to have any particular mental or emotional disturbance before committing the act.

We need a national educational campaign actually delivered by people who these prejudices are directed at because the medium is also the message. That is one of the limitations to many of the educational programs that have happened so far, which is primarily based on professionals delivering the information.

Another stereotype that affects the community is the belief that people are incapable. This is true both in the general sense, in working situations for example, and also in treatment situations in the psychiatric system.

There was a study that found that most people who are considered to have serious mental illness have abilities to make treatment decisions similar to people in other parts of the health care system. Nonetheless, some provinces associate involuntary admission to a hospital as being the same as being incapable of making decisions about treatment.

Most often, when people are judged as incapable of treatment in those provinces that separate the two, this tends to follow the person, indicating that they do not want to follow the course of treatment proposed by the doctor. If capacity is considered to be equivalent to compliance, this makes the whole concept of consent a meaningless one.

Another myth that harms psychiatric consumer survivors is that coercion is required for our own good, and that coercion results in good things for individuals. Some coercive practices in psychiatric facilities would be considered criminal if they were applied to people who were not first dehumanized by the label of

l'attribution de la dangerosité. Je ne passerai pas en revue toutes les preuves à ce sujet, car vous venez tout juste d'en entendre largement parler. En dépit du fait que la disponibilité de l'information sur la dangerosité ne pose pas de problèmes pour les personnes qui ont séjourné dans le système psychiatrique, les groupes de pression et les gouvernements entretiennent souvent les craintes du public pour justifier un traitement plus restrictif et plus envahissant des personnes ayant des antécédents psychiatriques.

Nous avons vécu cette expérience en Ontario où un projet de loi sur la santé mentale, qui n'a rien à voir avec la dangerosité, tire son nom de celui d'un homme souffrant de troubles mentaux qui a tué quelqu'un, ce qui insinue que toute personne assujettie à la législation est dangereuse et violente. Cette exagération de la dangerosité a le pire effet sur les personnes qui se trouvent dans le système judiciaire, dans lequel les gens sont détenus plus longtemps en dépit de preuves à l'effet qu'ils sont moins à même d'enfreindre la loi que des délinquants du même genre qui ne sont pas considérés atteints de troubles mentaux.

L'une des difficultés de déplacer la discussion portant sur l'association entre les gens qui se trouvent dans le système de santé mentale et la violence réside dans le raisonnement circulaire qui en découle. Si un crime particulièrement violent est commis, les gens disent: «Oh, cette personne est malade, psychotique, bizarre», si bien qu'il n'y a aucun moyen de sortir du débat, même si elle n'était pas considérée comme souffrant d'un trouble mental ou émotionnel particulier avant de commettre l'acte.

Nous avons besoin d'une campagne nationale d'éducation vraiment organisée par les gens visés par ces préjugés parce que le médium est également le message. C'est l'une des limitations de bon nombre des programmes éducatifs qui ont été mis en œuvre jusqu'à présent, la diffusion de l'information reposant principalement sur des professionnels.

Un autre stéréotype qui touche le groupe est la croyance que les gens sont frappés d'incapacité. C'est vrai à la fois au sens général, dans les situations de travail par exemple, et également dans les situations de traitement au sein du système psychiatrique.

Une étude a révélé que la plupart des gens qui sont considérés atteints d'une grave maladie mentale sont capables de prendre des décisions pour leur traitement comme les personnes se trouvant dans d'autres secteurs du système de soins de santé. Néanmoins, certaines provinces associent l'admission involontaire dans un hôpital à une incapacité de ces gens de prendre des décisions concernant leur traitement.

Très souvent, lorsque les gens sont jugés incapables de décider d'un traitement dans les provinces qui font la distinction entre les deux, cela a tendance à suivre la personne concernée et ceci indique qu'elles ne veulent pas suivre le traitement proposé par le médecin. Si la capacité est jugée équivalente à l'observation, cela rend tout le concept du consentement dénué de sens.

Un autre mythe qui fait du tort aux survivants de la consommation psychiatrique est que la coercition est nécessaire pour votre propre bien et qu'elle donne de bons résultats pour les gens. Dans les établissements psychiatriques, certaines pratiques coercitives seraient jugées criminelles si elles étaient appliquées à



psychiatric patients. Simply for raising your voice you can be manhandled by several men; in some facilities stripped, tied to a bed, and unwillingly injected with powerful drugs. A confession to feeling suicidal can be responded to by locking a person in a small room with nothing to look at or do, cut off from all companionship, forced to relieve oneself in a pail or on the floor. Knocking on the door repeatedly to get staff attention for a toilet trip will result in being in restraints for being unruly.

In the mental health system itself, it is common knowledge that these practices occur, and yet it is extremely difficult for people in the system to get these abuses addressed because people are not considered to be credible relative to the people operating the services in the system.

Defining people as their psychiatric diagnosis is another thing that feeds into the stigma against people in the mental health system. Psychiatric diagnoses are not overwhelmingly reliable in the scientific sense; yet they are completely relied on to define what people need in the mental health system. It would be far more empowering for people if they were able to choose from a selection of services rather than have a selection of services presented to them based on diagnosis.

Some diagnoses are more pejorative than others, psychopath and schizophrenic being two. I cannot go into details about that, however. They carry with them a number of mistaken assumptions, with a number of harmful results.

The excessive reliance on medical explanations for why people are in the psychiatric system is another way that the consumer survivor voice is excluded in the mental health system itself. We happen to live in an era when people who are different or are having difficulties of a mental or emotional nature are called "ill." This is something that started with good intentions. In comparing people who are in the mental health system to people who are in the physical health care system, I believe the intention was originally to say that people are no more to blame for their difficulties than people in the physical health care system are. Nonetheless it has been over-applied, to the extent that the stories, difficulties and explanations for the needs of the people who are in the mental health care system are often overlooked. One stunning example of this is that although a lot of research shows the majority of people in the psychiatric system are survivors of abuse, this almost never gets addressed directly while people are in the mental health care system. Even worse is

des personnes qui ne seraient pas en premier lieu déshumanisées par l'étiquette de patients psychiatriques. Pour le simple fait d'avoir élevé la voix, vous pouvez être malmenés par plusieurs hommes; dans certains établissements, on peut vous dévêtir, vous attacher à un lit et vous donner des injections de médicaments puissants contre votre gré. La confession d'un sentiment suicidaire peut entraîner l'enfermement d'une personne dans une petite pièce sans rien avoir à faire ou à voir, son isolement loin de toute compagnie, l'obligation de se soulager dans un seau ou sur le sol. Cogner à répétition sur la porte pour obtenir l'attention du personnel en vue d'aller aux toilettes entraînera un confinement pour indiscipline.

Dans le système de santé mentale lui-même, on sait pertinemment bien que ces pratiques sont courantes et, pourtant, il est extrêmement difficile pour les personnes qui sont dans le système de faire en sorte que l'on se penche sur ces abus car les gens ne sont pas considérés comme des êtres crédibles par rapport aux personnes qui gèrent les services à l'intérieur du système.

Définir les gens en fonction de leur diagnostic psychiatrique constitue un autre élément qui alimente le stigmatisme contre les personnes qui séjournent dans le système de santé mentale. Les diagnostics psychiatriques ne sont pas extrêmement fiables au sens scientifique et pourtant on s'y fie totalement pour définir les besoins des gens dans le système de santé mentale. Il serait beaucoup plus habilitant pour les gens s'ils pouvaient choisir parmi un éventail de services plutôt que de se voir proposer un éventail de services en fonction de leur diagnostic.

Certains diagnostics sont plus péjoratifs que d'autres, notamment pour les psychopathes et les schizophrènes. Toutefois, je ne peux pas entrer dans les détails à ce sujet. Ils transportent avec eux un certain nombre d'hypothèses erronées, avec un certain nombre de résultats préjudiciables.

Le fait de trop se fier aux explications médicales pour justifier la présence de gens dans le système psychiatrique constitue une autre façon d'exclure la voix des survivants de la consommation dans le système de santé mentale lui-même. Il se trouve que nous vivons à une époque où les gens qui sont différents ou éprouvent des difficultés de nature mentale ou émotionnelle sont appelés des «malades». Au départ, cela a commencé avec de bonnes intentions. En comparant les gens qui se trouvent dans le système de santé mentale à ceux qui se trouvent dans le système de santé physique, je pense que l'intention initiale consistait à dire que les gens ne sont pas plus à blâmer pour leurs difficultés que ceux qui se trouvent dans le système de santé physique. Néanmoins, la comparaison a été appliquée de façon exagérée jusqu'au point où les histoires, les difficultés et les explications concernant les besoins des personnes présentes dans le système de santé mentale sont souvent négligées. Voici un exemple frappant. Même si bien des recherches ont démontré que la majorité des

attempting to get help for abuse that can happen in the psychiatric system, which research shows also happens frequently.

The reality is that we are complex. There are many and varied explanations for how we came to be how we are today — life experience, economics, biology — the cause-and-effect circle between the mind and the brain has yet to be defined. The invalidation of the consumer survivor perspective by imposing one model on all people's stories has to end.

The overselling of pharmaceutical solutions to people is a result of this problem. No matter what problem and source of pain that people state, almost 100 per cent of people in the mental health system today are offered, or often forced, to take psychiatric medications.

This often happens without the prescribing physician properly following requirements for informed consent so that even people who find they benefit from medications and would choose to take them are upset by the fact they have not been properly warned of the risks that are involved. This is even worse for people who did not choose to take medications voluntarily.

The risks of psychiatric medications are extreme. They can often result in permanent alterations to the brain even when taken for short periods of time. People feel that they have the right to be properly informed.

One of the worst things that happens is that people die while in the mental health care system. Other problems include discrimination and lack of attention to physical health care needs. That was mentioned earlier. As well, the denial of the negative effects of psychiatric medications has resulted in people dying.

We have begged for inquests into the deaths of people who died of symptoms common to the drugs that they were taking. The Coroner's Office of Ontario has held no inquest into these deaths. We are left with the impression that our lives matter little compared to professional reputations.

Currently, politically and financially powerful forces oppose any consumer survivor change to the existing mental health system. However, the system must change. People who have lived in the psychiatric system in Canada need your help to find a way to do that.

We have recommendations. I will touch on a few. One is that there be a national education program. A campaign directed and delivered by survivors, should be launched to challenge the

personnes qui se trouvent dans le système psychiatrique ont survécu à des abus, cette situation n'est presque jamais abordée directement pendant que les gens se trouvent dans le système de santé mentale. Ce qui est pire encore, c'est d'essayer d'obtenir de l'aide pour des abus qui peuvent survenir dans le système psychiatrique, alors que des recherches ont également démontré que cela est fréquent.

La réalité, c'est que nous sommes compliqués. Il existe de nombreuses explications variées pour justifier ce que nous sommes devenus aujourd'hui — l'expérience de vie, l'économie, la biologie — il reste encore à définir le cercle de cause à effet entre l'esprit et le cerveau. L'invalidation du point de vue du survivant de la consommation, en imposant un modèle à toutes les histoires des gens, doit prendre fin.

La survente de remèdes pharmaceutiques à ces gens résulte de ce problème. Peu importe le problème et la source de douleur qu'elles déclarent, près de 100 p. 100 des personnes qui se trouvent aujourd'hui dans le système de santé mentale se voient offrir, ou souvent forcées, de prendre des médicaments psychiatriques.

Cela arrive souvent sans que le médecin prescripteur respecte convenablement les exigences en vue d'obtenir un consentement éclairé, si bien que même les gens qui considèrent bénéficier des médicaments et qui choisiraient de les prendre sont contrariés par le fait de ne pas avoir été avertis adéquatement des risques concernés. C'est encore pire pour les gens qui n'ont pas choisi de prendre les médicaments volontairement.

Les risques des médicaments psychiatriques sont extrêmes. Ils peuvent souvent entraîner des dommages permanents au cerveau, même quand on les prend pendant de courtes périodes. Les gens estiment qu'ils ont le droit d'être informés convenablement.

L'une des pires choses qui surviennent est que des gens meurent pendant leur séjour dans le système de santé mentale. Parmi les autres problèmes, citons la discrimination et le manque d'attention aux besoins de soins de santé physique. Cela a déjà été mentionné. En outre, la dénégation des répercussions négatives des médicaments psychiatriques a entraîné des décès.

Nous avons demandé instamment des enquêtes sur les décès de personnes qui sont mortes de symptômes courants avec les médicaments qu'elles prenaient. Le Bureau du coroner de l'Ontario n'a fait aucune enquête sur ces décès. Nous avons l'impression que nos vies ont peu d'importance comparativement à la réputation des professionnels.

À l'heure actuelle, de puissantes forces politiques et financières s'opposent à tout changement au système de santé mentale en place de la part des survivants de la consommation. Toutefois, le système doit changer. Les personnes qui ont vécu dans le système psychiatrique au Canada ont besoin de votre aide pour trouver un moyen de le faire.

Nous avons des recommandations. J'en aborderai quelques-unes. L'une est la nécessité d'avoir un programme d'éducation national. Il faudrait lancer une campagne dirigée vers les



devastating prejudice and discrimination that exists in our community.

We did have an Ontario-wide education program that was delivered by consumer survivors. It was very popular and made an impression on people because they were hearing from the people about whom they held false beliefs. Unfortunately, that program has run out of funding at this point.

Psychiatric consumer survivors also need a national legal advocacy organization to address violations of rights under and outside the law. This organization must be accountable to consumer survivors. It needs to be federally funded to eliminate the conflict of interest provinces might perceive in supporting a mental health advocacy organization to minimize disparity in attention to mental health systems and the consumer survivor voice across provinces and territories. Such funding would avoid needless duplication of effort and bring some level of scrutiny to Canada-wide mental health legislation. Such an organization can also serve as a clearinghouse for information needed by advocates across the country.

Each psychiatric facility needs independent advocacy. It needs to be accountable to consumer survivors. Organizations and services that exist to assist consumer survivors need to be accountable to the people they exist to serve.

Consumer-survivor initiatives and the alternative to the traditional mental health service have proven to be extremely effective both in terms of the person preferring them to other mental health services. They are also cost effective. They have been proven to substantially reduce days in hospital with the effect of saving what on a national level would be millions of dollars. Should this not be better funded on a national basis?

Legislation and public policy affecting consumer survivors should not be drafted without significant participation and consultation with the people who would be affected by it.

Standards for hate crimes should be equally applied to crimes against persons considered to have a mental disability. Income assistance needs to reach rates that allow people to live healthy lives and participate in society. Resources in the mental health system should be allocated through a process that is accountable to the consumer survivors on an individual and systemic basis.

Real choices need to exist in the mental health service. There is abundant research evidence of services and approaches that are more effective, more wanted and more economical than most of those that exist today.

survivants et orchestrée par eux pour contester le préjugé dévastateur et la discrimination qui existent dans notre collectivité.

Nous avons bien un programme d'éducation à l'échelle de l'Ontario qui était mis en œuvre par les survivants de la consommation. Il était très populaire et impressionnait les gens parce qu'ils entendaient parler les personnes sur lesquelles ils avaient de fausses croyances. Malheureusement, ce programme n'a plus de financement à l'heure actuelle.

Les survivants de la consommation psychiatrique ont également besoin d'un organisme national de défense de leurs droits juridiques pour se pencher sur les violations des droits en vertu et en dehors de la loi. Cet organisme doit rendre compte aux survivants de la consommation. Il doit bénéficier d'un financement fédéral pour éliminer le conflit d'intérêt que les provinces pourraient percevoir en appuyant un organisme de défense de la santé mentale en vue de minimiser la disparité au niveau de l'attention accordée aux systèmes de santé mentale et à la voix des survivants de la consommation dans les provinces et les territoires. Un tel financement éviterait une duplication inutile des efforts et permettrait d'exercer un certain niveau d'examen de la législation pancanadienne sur la santé mentale. Un tel organisme pourrait également servir de bureau centralisateur de l'information dont les intervenants ont besoin à travers le pays.

Chaque établissement psychiatrique a besoin d'un système de promotion indépendant. Il doit rendre compte aux survivants de la consommation. Les organismes et les services qui existent pour aider les survivants de la consommation doivent rendre compte aux gens qu'ils sont censés desservir.

Les initiatives des survivants de la consommation et la solution de rechange au traditionnel service de soins de santé mentale se sont révélées extrêmement efficaces par le fait que la personne les préfère aux autres services de santé mentale. Elles sont également rentables. Il a été prouvé qu'elles réduisent considérablement les jours d'hospitalisation, si bien que les économies atteindraient des millions de dollars à l'échelle nationale. Ne devrait-on pas accorder un meilleur financement à une telle initiative sur une base nationale?

La législation et la politique publique touchant les survivants de la consommation ne devraient pas être rédigées sans une participation et une consultation significatives des personnes qui en seraient affectées.

Les normes concernant les crimes haineux devraient également s'appliquer aux crimes contre les personnes considérées déficientes mentales. Il faut une aide au revenu pour atteindre des niveaux permettant aux gens de mener une vie saine et de participer au sein de la société. Les ressources qui se trouvent dans le système de santé mentale devraient être attribuées par le biais d'un processus qui rend des comptes aux survivants de la consommation sur une base individuelle et systémique.

Il faut qu'il y ait des choix véritables dans le service de santé mentale. Bon nombre de recherches ont démontré qu'il y a des services et des approches qui sont plus efficaces, plus souhaités et plus économiques que la plupart de ceux qui existent à l'heure actuelle.

A national research council consisting of academics and consumer survivors needs to be formed to examine best practices outside the current system box. Finally, we encourage you to adopt the excerpt at the end of the paper that you have on patient-oriented health care system.

I want to conclude by mentioning that we understand that you may be holding hearings in Toronto. Our organization offers to organize a consumer survivor consultation for you to speak to representatives of various consumer survivor groups.

**Senator Fairbairn:** It is wonderful for you to be here and very sad and disturbing to listen to your presentations, which is why we are holding these hearings. When we did the general hearing this issue seemed to be moving through it like a thread to the point that it was necessary to include such presentations.

Mr. Storey, you were speaking about the frustration of patients in a hospital or facility on the waiting list to get out. This is from a British Columbia perspective. It caused me to check with our Ottawa expert, our deputy chair, to determine if I were correct in my understanding of the situation.

My husband worked at the Royal Ottawa Hospital here for a number of years. There is great frustration with the laws that virtually prevent the hospital from retaining patients whom they feel need some continuing treatment if the patient chooses not to have it. Patients are then out in the community. The community is no longer in a position to provide proper care, if it ever did adequately care for these people. It causes enormous frustration, danger and hopelessness if a person cannot keep up with their medication on their own. At the same time, there are not sufficient facilities to ensure proper care becomes available.

Do any of you have a comment on that situation in Canada?

**Ms. Chambers:** There are an increasing number of services in Ontario that have developed a coercive nature to ensure that people who leave hospitals are compliant with medications. We think that this is a problematic approach because there are many services that people leaving psychiatric hospitals would love to access but simply are not in ample supply.

One example is the Gerstein Crisis Centre in Toronto, a non-medical model crisis centre. It is a nice house where people can go, which does not trigger a whole legal process.

There are incredibly long line-ups of people trying to use such facilities. People cannot access them. Why not exhaust all the services that people are trying to access before forcing services on people that they do not want?

Un conseil national de recherches, composé d'universitaires et de survivants de la consommation, doit être mis sur pied pour examiner les meilleures pratiques en dehors du cadre du système actuel. Enfin, nous vous encourageons à adopter l'extrait qui se trouve à la fin du document que vous avez sur le système de soins de santé axé sur les patients.

Je tiens à conclure en mentionnant que nous comprenons que vous tiendrez peut-être des audiences à Toronto. Notre organisme offre d'organiser pour vous une consultation auprès de survivants de la consommation pour que vous puissiez parler à des représentants de divers groupes parmi ces survivants.

**Le sénateur Fairbairn:** C'est merveilleux pour vous d'être ici mais très triste et troublant d'entendre vos exposés, raison pour laquelle nous tenons ces audiences. Lorsque nous avons tenu l'audience générale, cette question semblait s'y faufiler comme un fil conducteur jusqu'au point où il fut nécessaire d'inclure de tels exposés.

Monsieur Storey, vous avez parlé de la frustration des patients qui se trouvent dans un hôpital ou un établissement et attendent pour en sortir. Il s'agit d'un point de vue provenant de la Colombie-Britannique. Cela m'a amené à vérifier auprès de notre experte d'Ottawa, notre vice-présidente, pour déterminer si je comprenais bien la situation.

Mon mari a travaillé ici même, à l'Hôpital Royal d'Ottawa, pendant un certain nombre d'années. Une grande frustration émane des lois qui empêchent virtuellement l'hôpital de garder des patients ayant besoin de suivre un traitement continu, si le patient choisit de ne pas le suivre. Les patients sont alors libérés dans la collectivité. Cette dernière n'est plus en mesure de leur fournir des soins convenables, si encore elle s'est jamais occupée convenablement de ces gens-là. Cela engendre une frustration énorme, un danger et un désespoir si une personne ne peut pas prendre ses médicaments par elle-même. Par la même occasion, il n'y a pas suffisamment d'établissements pour garantir la disponibilité de soins convenables.

L'un d'entre vous a-t-il un commentaire à faire sur cette situation au Canada?

**Mme Chambers:** En Ontario, un nombre croissant de services ont élaboré un système coercitif pour s'assurer que les gens qui quittent les hôpitaux continuent à prendre leurs médicaments. Nous estimons qu'il s'agit d'une approche problématique parce qu'il existe de nombreux services auxquels les personnes quittant les hôpitaux psychiatriques aimeraient avoir accès, mais dont l'offre n'est tout simplement pas suffisante.

Le Gerstein Crisis Centre à Toronto, centre de crise modèle non médical, en est un exemple. C'est un endroit agréable où les gens peuvent aller, qui ne déclenche pas tout un processus légal.

Il y a des files incroyablement longues de gens qui essaient d'utiliser de telles institutions. Les gens ne peuvent pas y avoir accès. Pourquoi ne pas épuiser tous les services auxquels les gens essaient d'avoir accès avant de les obliger à obtenir des services qu'ils ne veulent pas?



**Senator Fairbairn:** It is disturbing to hear you talk about how the stigma reaches into an already difficult area, which is the criminal justice system. Could you comment about the state of services, as you would know them when a patient has committed a crime? That person would experience a regulated period of time with great care. The person then may be in a position for part-time release, although not full release.

In your experience, to what degree is society prepared to accept that judgment in terms of returning? It is difficult for a healthy person in the criminal justice system to re-enter the community when their sentence is up. What are your thoughts on that in terms of the mental health system?

**Ms. Chambers:** My experience is primarily with people in the forensic system — people who have been found not criminally responsible by reason of mental disorder and are unfit to stand trial. Mr. Storey may be able to better address that in terms of people coming from the corrections system. People coming from the forensic system encounter more discrimination than anyone else in the psychiatric system. The label “criminally insane” could not be more negative. This label blankets people in the system no matter what they did. People have been in the system for stealing a bicycle or for telling someone that they would die on a certain day and not necessarily for threatening to hurt someone or for committing a violent act. They may be held for 10 to 15 times longer than if they had pled guilty to the crime. Then, when attempting to reintroduce them into the community, there is incredible community resistance. There are no halfway houses for people coming out of the forensic system. No neighbourhood will accept them. It makes it a difficult transition.

There is a medium security facility at the Centre for Addiction and Mental Health that faced a tremendous community backlash against the idea of having such a facility in the neighbourhood for persons transitioning into the community, even though there were no incidents.

For that population of people in particular, there needs to be a special educational effort made. People in the mental health system believe that everyone in that system is violent and dangerous. As I mentioned earlier, evidence shows that people with mental illness who have committed violent crimes are less likely to become recidivists than people in the corrections system without psychiatric labels attached.

**The Deputy Chairman:** Do you want to comment on that, Mr. Storey?

**Mr. Storey:** There are several things that I can comment on. People who find themselves in the forensic psychiatric population are duly discriminated against, certainly. A number of years ago, British Columbia built a modern state-of-the-art psychiatric facility for people with mental illness and in conflict with the

**Le sénateur Fairbairn:** Il est troublant de vous entendre parler de la façon dont le stigmate pénètre dans un domaine déjà délicat, à savoir le système de justice pénale. Pourriez-vous faire des commentaires sur l'état des services, comme vous en prendriez connaissance lorsqu'un patient a commis un crime? Cette personne vivrait une période réglementée avec des soins formidables. Ensuite, elle pourrait se retrouver en situation de libération partielle, quoique non totale.

À votre avis, dans quelle mesure la société est-elle disposée à accepter ce jugement dans la perspective d'un retour? Il est difficile pour une personne en bonne santé, qui se trouve dans le système de justice pénale, de réintégrer la collectivité lorsque sa peine est augmentée. Qu'en pensez-vous du point de vue du système de santé mentale?

**Mme Chambers:** Mon expérience réside principalement auprès de gens qui se trouvent dans le système judiciaire — des gens qui ont été trouvés non responsables au criminel en raison d'un trouble mental ou qui sont inaptes à subir leur procès. M. Storey pourrait peut-être mieux aborder la question pour ce qui est des gens issus du système correctionnel. Les personnes arrivant du système judiciaire rencontrent une plus forte discrimination que n'importe qui d'autre dans le système psychiatrique. L'étiquette «aliéné mental criminel» ne pourrait pas être plus négative. Cette étiquette condamne les gens à rester dans le système, peu importe ce qu'ils ont fait. Des gens se trouvent dans le système pour avoir volé une bicyclette ou pour avoir dit à quelqu'un qu'ils mourraient un certain jour et pas forcément pour avoir menacé de blesser quelqu'un ou pour avoir commis un acte violent. On peut les garder 10 à 15 fois plus longtemps que s'ils avaient plaidé coupables au crime. Ensuite, lorsqu'on essaie de les réinsérer dans la collectivité, on fait face à une résistance incroyable de cette dernière. Il n'y a pas de centres de transition pour les personnes qui sortent du système judiciaire. Aucun quartier ne les acceptera. Cela rend la transition difficile.

Dans le Centre de toxicomanie et de santé mentale, il y a un établissement à sécurité moyenne qui a fait face à un formidable ressac de la collectivité contre l'idée d'avoir un tel établissement dans le voisinage pour les personnes en transition vers la collectivité, même s'il n'y a pas eu d'incidents.

Pour cette population de gens en particulier, il faut déployer des efforts spéciaux en matière d'éducation. Les gens qui sont dans le système de santé mentale pensent que chaque personne dans ce système est violente et dangereuse. Tel que mentionné précédemment, des preuves démontrent que les gens atteints d'une maladie mentale qui ont commis des crimes violents ont moins de chances de récidiver que les personnes qui se trouvent dans le système correctionnel sans étiquette psychiatrique.

**La vice-présidente:** Voulez-vous faire des commentaires à ce sujet, monsieur Storey?

**M. Storey:** Je peux faire des commentaires sur plusieurs choses. Les gens qui se trouvent eux-mêmes dans la population psychiatrique judiciaire font assurément l'objet d'une discrimination induite. Il y a quelques années, la Colombie-Britannique a bâti un établissement psychiatrique ultramoderne

law. It had the right look; it was well designed from maximum security right down to minimum security, where people could live in a more home-like setting and could access the community.

The community surrounding that facility insisted, despite the fact that all these buildings were perfectly secure in and of themselves without an external fence, that a fence be built around the facility, which was quite remarkable.

For this secure building, a couple of mouse clicks would change the whole institution from minimum to maximum security on the computer. It was impressive, if such things impress you. Despite those internal precautions, the community insisted that a chain-link fence be put around the facility. It was an interesting display of those community values.

It does not just apply to people in conflict with the law. When I was Chair of the Riverview Hospital Board, the community had purchased a home that would accommodate six people from Riverview Hospital. I attended a public meeting that was designed to discuss that. The outrage and the fear displayed by the people were remarkable. People were panicked. They were afraid their children would be sexually abused. This home was for six women, the youngest of whom was 50 years old. When we told them that, it did not change the reaction. You could see some rapid eye blinks in the audience and it seemed to moderate some people's views. However, there were still the table-pounders. These women would contribute significantly to the community once they found a place. Yet there was an incredible protest against the home.

**The Deputy Chairman:** It was the not-in-my-backyard syndrome.

**Mr. Storey:** Exactly.

**Senator Fairbairn:** I have one final quick observation, if I may. Life has taken me into spending a great deal of time with our physically disabled athletes — our para-Olympic athletes. That has drawn me, on many occasions, into events involving the Special Olympics. I can only speak from my own experience and I have never been a hostile person but I, like most people, need more education and the opportunity to mingle. Never could I think of a movement that is more conducive to making people understand and feel good, enormously proud and excited about what is achieved through sports than these young and older athletes alike. It seems to be able to cross over a line and engage those on the other side of the line to forget about the line.

In your work, if you want to experience great fun and meet an enthusiastic and inspiring group of people, you might want to hone in on this element in our sports world. It is a vigorous arena all across the country.

pour les personnes atteintes d'une maladie mentale et en conflit avec la loi. Il paraissait bien; il était bien conçu pour offrir une sécurité maximale à minimale, et les gens pouvaient vivre dans un environnement qui ressemblait davantage à leur foyer et pouvaient avoir accès à la collectivité.

En dépit du fait que tous ces bâtiments étaient parfaitement sécuritaires en eux-mêmes et par eux-mêmes sans clôture extérieure, la collectivité entourant cet établissement a insisté pour qu'une clôture soit érigée autour de l'établissement, ce qui était assez marquant.

Pour ce bâtiment sécuritaire, il suffisait de cliquer deux ou trois fois sur la souris de l'ordinateur pour faire passer tout l'établissement d'une sécurité minimale à maximale. C'était impressionnant, si de telles choses vous impressionnent. Malgré toutes ces précautions internes, la collectivité a insisté pour que l'on érige une clôture en grillage autour de l'établissement. Ce fut un étalage intéressant de ces valeurs communautaires.

Cela ne s'applique pas uniquement aux personnes en conflit avec la loi. Lorsque j'étais président du Conseil de l'Hôpital Riverview, la collectivité avait acheté une maison permettant d'héberger six personnes de l'Hôpital Riverview. J'ai assisté à une réunion publique destinée à étudier cette question. L'indignation et la crainte affichées par la population étaient remarquables. Les gens paniquaient. Ils avaient peur que leurs enfants subissent des agressions sexuelles. Cette maison était destinée à six femmes, dont la plus jeune avait 50 ans. Lorsque nous leur en avons fait part, cela n'a pas changé leur réaction. Vous pouviez voir des battements de paupière rapides dans l'auditoire et cela a semblé modérer les points de vue de certaines personnes. Toutefois, il y avait celles qui frappaient sur la table. Ces femmes allaient apporter une contribution significative à la collectivité une fois qu'elles auraient trouvé leur place. Et pourtant, il y avait un vent de protestation incroyable contre cette maison.

**La vice-présidente:** C'était le syndrome «pas dans ma cour».

**M. Storey:** Exactement.

**Le sénateur Fairbairn:** Si vous le permettez, je voudrais faire une dernière observation rapide. La vie m'a amené à passer beaucoup de temps avec nos athlètes handicapés physiques — nos athlètes paralympiques. Cela m'a entraîné, à maintes occasions, à assister à des événements impliquant les Jeux olympiques spéciaux. Je ne peux parler que de mon expérience personnelle et je n'ai jamais été une personne hostile mais, comme la plupart des gens, j'ai besoin de plus d'éducation et d'avoir la possibilité de me mélanger avec les gens. Je n'aurais jamais pu penser à un mouvement qui incite davantage les gens à se comprendre et à se sentir bien, extrêmement fiers et excités à propos des choses réalisées par le biais des sports, que ces athlètes jeunes et plus âgés. On semble capable de traverser une ligne et d'inciter ceux qui se trouvent de l'autre côté à oublier la ligne.

Dans votre travail, si vous voulez avoir beaucoup de plaisir et rencontrer un groupe de gens enthousiastes et inspirants, vous voudrez peut-être perfectionner cet élément de notre monde sportif. C'est une arène dynamique à travers tout le pays.



**Senator Callbeck:** I want to ask a question about the level of discrimination in the stigma that is attached to mental illness. Is it increasing or decreasing? I read somewhere that the stigma, in some ways, has intensified over the past four years. Could we know your thoughts on that? Certainly, there is more public awareness, we have a better understanding of mental illness and there is better treatment available.

In your estimation, has it increased or decreased?

**Ms. Stuart:** We have two sources of evidence that you could draw on to address that question. One is a Canadian study that began in the 1950s in a small town in Saskatchewan. We are quite famous worldwide for this particular effort. A husband and wife team went into a small town with the idea that they were going to educate people about stigma and try to change their attitudes. The book they subsequently wrote is called, "Closed Ranks." They called it that because there was a horrible backlash and the townsfolk basically ran them out of town. They did not want to have anything to do with the researchers.

Twenty-five years later, another team went in and studied the same town using the same scales. They found virtually the same kinds of attitudes because very little changed over a 25-year period for the 12 or 13 different things they had measured. The change that they did see was in the right direction. We have some good evidence from Germany that shows that every time that there is an incident involving someone with a mental illness or attributable to someone with a mental illness, there is a terrible community backlash. The attitudes become negative and they never return to the beginning level.

You are seeing now the CNN effect. You can turn on the news and you can see incidents from anywhere in the world in your living room. They are not even sensationalized any more; they are simply videotaped and aired. You can watch them for yourself.

Knowing the response from the German study, you are probably correct. I think it has had an impact on public attitudes in the last little while because of the vividness of these incidents and the kinds of things that have been happening.

**Ms. Chambers:** It depends a little bit on your definitions of "prejudice and discrimination." Information was referred to earlier about many people accepting the idea that schizophrenia is biologically based. Some people find that good information to have.

Other people are clearer in their problem being rooted in life experience. The exclusion from the debate of their story seems prejudicial to them because it affects everything that happens.

**Le sénateur Callbeck:** J'aimerais vous poser une question sur le niveau de discrimination dans le stigmate qui est rattaché à la maladie mentale. Est-il en hausse ou en baisse? J'ai lu quelque part que le stigmate s'était quelque peu intensifié au cours des quatre dernières années. Pourrions-nous entendre vos commentaires sur ce sujet? Assurément, le public est davantage sensibilisé, nous comprenons mieux la maladie mentale et il y a de meilleurs traitements disponibles.

À votre avis, la discrimination a-t-elle augmenté ou diminué?

**Mme Stuart:** Nous disposons de deux sources de preuves pour aborder cette question. L'une est une étude canadienne qui a débuté dans les années 50 dans une petite ville de la Saskatchewan. Nous avons acquis une certaine réputation dans le monde entier pour cet effort particulier. Une équipe composée d'un mari et de sa femme est allée dans une petite ville avec l'idée d'éduquer les gens sur le stigmate et d'essayer de changer leurs attitudes. Le livre qu'ils ont écrit par la suite est intitulé «Closed Ranks». Ils lui ont donné ce titre parce qu'il y a eu une réaction terriblement défavorable et que les habitants de la ville les ont pratiquement obligés à partir. Ils ne voulaient rien savoir des chercheurs.

Vingt-cinq ans plus tard, une autre équipe s'est rendue sur place et a étudié la même ville en utilisant les mêmes échelles. Ils ont décelé pratiquement les mêmes types d'attitudes car très peu de choses avaient changé en 25 ans pour les 12 ou 13 éléments différents qu'ils avaient mesurés. Le changement qu'ils ont constaté allait dans la bonne direction. Nous disposons aussi de bonnes preuves en provenance d'Allemagne qui révèlent que, chaque fois qu'il y a un incident impliquant une personne atteinte d'une maladie mentale ou attribuable à quelqu'un ayant une maladie mentale, il y a un ressac terrible au sein de la collectivité. Les attitudes deviennent négatives et elles ne reviennent jamais à leur niveau de départ.

Vous constatez actuellement l'effet CNN. Vous pouvez regarder les nouvelles et voir dans votre salon des incidents provenant de partout dans le monde. Ils ne font même plus l'objet de reportages sensationnalistes; ils sont simplement enregistrés et diffusés. Vous pouvez les voir pour vous-même.

Connaissant la réaction tirée de l'étude allemande, vous avez probablement raison. Je pense que cela a eu tout dernièrement une répercussion sur les attitudes du public en raison du caractère impressionnant de ces incidents et des genres de choses qui se sont passées.

**Mme Chambers:** Cela dépend un peu de vos définitions des termes «préjugé» et «discrimination». On a mentionné plus tôt des informations à l'effet que de nombreuses personnes acceptaient l'idée que la schizophrénie est d'origine biologique. Certaines personnes estiment que ce sont de bonnes informations à avoir.

D'autres disent plus clairement que leur problème est enraciné dans l'expérience de vie. Exclure leur histoire du débat leur semble préjudiciable parce qu'elle touche tout ce qui arrive.

In recent time, the Ontario government adopted the American model of naming mental legislation after a victim of a crime by someone with a mental disorder. This is horrifically prejudicial to anybody in Ontario who has ever had a psychiatric label.

**Senator Callbeck:** I want to clear up something in my mind. Both of you talked about what to do to get rid of discrimination.

**Ms. Chambers,** I understood you to say that we need a national campaign. Professor Stuart, I understood you to say that that is not what we need. One size does not fit all.

**Ms. Chambers:** The national campaigns to date have not been delivered by people who are the subject of prejudice. In our two years of doing this in Ontario we found that actually meeting the people subject to the prejudice made a big difference. That is what has been missing and is needed.

**Ms. Stuart:** We need national leadership and a national program. I would make the distinction that a campaign is a one-shot flash in the pan, very visible razzle-dazzle approach, not a sustained approach to antistigma.

We have 27 countries involved in our program. We need national leadership. We need coordination, but we need to target the interventions to address the specific misconceptions of the populations with whom we are dealing.

Police have certain ideas about the mentally ill. They need certain kinds of interventions. They are important because they deal with these people on an ongoing basis.

Emergency room staff are also a problem. You must approach them in a different way. A family member needs another type of intervention.

The interventions must be a coordinated effort. A one-shot drugs-kill kind of federal government approach that we use would not be an appropriate response in this case. I do not mean to imply that we do not need a national, coordinated effort.

**Senator Callbeck:** Mr. Storey, you are the chair of the Minister's Advisory Council on Mental Health in British Columbia. I notice that the priorities for 2001-02 included public education and workforce training to reduce discrimination. What types of initiatives did you introduce?

**Mr. Storey:** That is a good question. I had a task assigned by the Minister of State as one of the four goals that he was directed by cabinet to pursue. He has come to the conclusion that a larger provincial public-education strategy is not the best way to proceed. He believes that a more targeted approach, as Dr. Stuart has described, is the best approach.

Récemment, le gouvernement ontarien a adopté le modèle américain qui consiste à nommer un projet de loi sur la santé mentale d'après le nom d'une victime d'un crime commis par un malade mental. C'est horriblement préjudiciable pour quiconque a déjà eu une étiquette psychiatrique en Ontario.

**Le sénateur Callbeck:** Je tiens à éclaircir un élément qui me trotte dans la tête. Vous avez tous les deux parlé des choses à faire pour se débarrasser de la discrimination.

**Madame Chambers,** si j'ai bien compris, vous avez déclaré que nous avons besoin d'une campagne nationale. Mme Stuart, j'ai cru vous entendre dire que ce n'est pas ce qu'il nous faut. Il n'y a pas de solution unique.

**Mme Chambers:** Jusqu'à présent, les campagnes nationales n'ont pas été menées par des personnes victimes des préjugés. Durant les deux années où nous avons fait cela en Ontario, nous avons constaté qu'une véritable rencontre avec les personnes victimes des préjugés faisait toute une différence. C'est ce qui manquait et c'est ce qu'il nous faut.

**Mme Stuart:** Il nous faut un leadership national et un programme national. Je ferais la distinction entre le fait qu'une campagne est un simple feu de paille, un tape-à-l'œil très visible, pas une approche soutenue de l'anti-stigmate.

Nous avons 27 pays impliqués dans notre programme. Nous avons besoin d'un leadership national. Nous avons besoin de coordination, mais nous devons cibler les interventions pour nous attaquer aux idées fausses spécifiques des populations avec lesquelles nous traitons.

La police a certaines idées sur les malades mentaux. Elle a besoin de certains types d'interventions. Elle est importante parce qu'elle traite avec ces gens en permanence.

Le personnel des salles d'urgence pose également un problème. Il faut l'approcher d'une façon différente. Un membre de la famille a besoin d'un autre type d'intervention.

Les interventions doivent constituer des efforts coordonnés. Une approche unique du gouvernement fédéral du genre antidrogue ne serait pas une réaction appropriée dans ce cas. Je ne veux pas insinuer que nous n'avons pas besoin d'un effort national coordonné.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Storey, vous êtes le président du Conseil consultatif du ministre sur la santé mentale en Colombie-Britannique. Je remarque que les priorités pour 2001-2002 comportaient une éducation du public et une formation de la main-d'œuvre pour réduire la discrimination. Quels genres d'initiatives avez-vous mis en oeuvre?

**M. Storey:** C'est une bonne question. Le ministre d'État m'avait confié une tâche dans le cadre de l'un des quatre objectifs que le Cabinet lui avait ordonné de chercher à atteindre. Il est arrivé à la conclusion qu'une vaste stratégie provinciale d'éducation du public n'est pas la meilleure façon de procéder. Il estime qu'une approche plus ciblée, comme l'a décrite Mme Stuart, constitue la meilleure approche.



Therefore, that initiative has essentially been shelved. I am not sure of its status. The council was not directly involved in that.

I know that the B.C. division of the Canadian Mental Health Association is very much involved in workplaces to increase awareness on behalf of people with mental illness in the workplace so that appropriate accommodations are made when required, and that prejudice and discrimination is reduced in the workplace. The CMHA is very much involved in that. They would be a good source of information, particularly in the area of workplace education.

**The Deputy Chairman:** Is British Columbia the only province, to your knowledge, that has a minister of state for mental health?

**Mr. Storey:** As far as I know, yes. It is unique. I can give an example of where that has been effective.

The government recently decided to do a review of disability benefits for people with all types of disabilities. You can imagine the consternation that caused among people who are dependent on disability money and live in an area with a high cost of living. That could have significant meaning to the quality of their life.

We reacted to this plan by providing advice to Minister Cheema to discourage Minister Cole, who is responsible for disability plans, from undertaking this. We felt that there could be less intrusive ways of re-establishing people's eligibility for this level of benefit.

Thanks to Minister's Cheema's intervention with Minister Cole, there were 5000 people identified with a mental illness on Disability 2, which is the higher level of payment, who did not have to go through that process.

Even during that six-week period of doubt and insecurity, there were several suicides among people with mental illness related to that process. It caused stress, consternation and fear.

It has been good to have a minister of state.

**The Deputy Chairman:** We should look at that as a model.

**Senator Roche:** Professor Stuart, I want to talk about the question of attitudes, which you addressed earlier. I believe that you said knowledge is not enough to change people's attitudes. I concur with that. You talked later about targeting knowledge — giving certain kinds of information for certain kinds of people.

In our society, are we blocked from making progress in providing the right kind of medical, social and educational assistance for the mentally ill? Are we blocked in general terms by a perverse attitude by society as a whole? Are we afraid of a mentally ill person? Do we think that they will hurt us?

Par conséquent, cette initiative a essentiellement été reléguée aux oubliettes. Je ne suis pas certain de son statut. Le conseil n'était pas impliqué directement dans cette situation.

Je sais que le chapitre de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est très présent dans les milieux de travail pour accroître la sensibilisation au nom des malades mentaux au travail, afin de pouvoir faire les ajustements appropriés au besoin, et que les préjugés et la discrimination diminuent en milieu de travail. L'ACSM est très impliquée dans tout cela. Ce serait une bonne source de renseignements, surtout dans le domaine de l'éducation en milieu de travail.

**La vice-présidente:** À votre connaissance, la Colombie-Britannique est-elle la seule province qui a un ministre d'État à la Santé mentale?

**M. Storey:** En autant que je sache, oui. C'est unique. Je peux vous donner un exemple dans lequel cela a été efficace.

Le gouvernement a décidé dernièrement d'effectuer un examen des prestations d'invalidité pour les gens ayant tous les types de déficiences. Vous pouvez imaginer la consternation que cela a causé parmi ceux qui dépendent des prestations d'invalidité et vivent dans une région où le coût de la vie est élevé. Cela pourrait avoir une signification importante pour leur qualité de vie.

Nous avons réagi à ce projet en conseillant au ministre Cheema de décourager le ministre Cole, qui est responsable des régimes d'invalidité, d'entreprendre cet examen. Nous pensions qu'il pourrait y avoir des moyens moins dérangeants de rétablir l'admissibilité des gens à ce niveau de prestations.

Grâce à l'intervention du ministre Cheema auprès du ministre Cole, 5 000 personnes ont été identifiées avec une maladie mentale d'incapacité 2, qui est le niveau de versement le plus élevé, et elles n'ont pas eu à subir ce processus.

Même durant cette période de six semaines de doute et d'insécurité, il y a eu plusieurs suicides parmi les malades mentaux en rapport avec ce processus. Il a provoqué du stress, de la consternation et des craintes.

Cela a été bon d'avoir un ministre d'État.

**La vice-présidente:** Nous devrions examiner cela comme modèle.

**Le sénateur Roche:** Madame Stuart, je voudrais parler de la question des attitudes, que vous avez abordée précédemment. Je pense que vous avez dit que les connaissances ne suffisent pas pour changer les attitudes des gens. Je suis d'accord avec cela. Vous avez parlé ensuite de cibler les connaissances — en donnant certains types d'informations à certains types de gens.

Dans notre société, nos progrès sont-ils entravés pour ce qui est de fournir la bonne sorte d'aide médicale, sociale et éducative aux malades mentaux? Une attitude pernicieuse de l'ensemble de la société nous gêne-t-elle en général? Avons-nous peur d'une personne malade mentale? Pensons-nous qu'elle va nous causer du tort?

You should tell me whether that is true. If it is true, do we need general information, irrespective of the particularities for certain types of situations?

When you change the attitude of society toward an issue, many things can happen. Smoking, drinking and driving are examples. I work in the peace field. We are trying to change people's attitude to the question of peace.

Would you take me a little more deeply into the question of the societal attitude toward such a subject. Here it is mental illness. How do we really change society's attitude and move it onto a positive, active track?

**Ms. Stuart:** Epidemiologists think in terms of populations. One of the hardest lessons that I ever learned when I got involved with the World Psychiatric Association campaign was that there is no such thing as a general population. There is no such thing as the society. Society is composed of different groups, each of which holds a different viewpoint and have different experiences.

Therefore, you have to think about first of segmenting your audience, as would a marketer, and figure out what it is about this particular kind of audience that is getting in their way? Why can they not deal with this properly?

Much of the time we spent was to figure out what the police and health care workers think. Why are health care workers so stigmatizing? They are among the most knowledgeable people on mental illness that we have in our society. They are invariably identified as the people who are the worst offenders.

It is not simply an issue of knowledge. When we talked about targeting things, we were trying to target experiences. We figured out we had to get them at an emotional level. We had to make them aware that their whole system of beliefs was somehow ill-founded. One of the best ways to do that was to construct situations in which people who have a mental illness could meet people who have perhaps never met someone with a mental illness, under controlled and constructive kinds of situations. They would talk about their mental illness. They would convey factual information, but more important, they would convey information at a human level. That is what made the difference. Not only did it make the difference to the people receiving the message, it made a difference to the people delivering the message. They felt much better. They felt they had somehow participated in a constructive process, and their self-esteem increased.

I do not think we can do it in a broad brushstroke. We cannot look at society as a whole and say we will take one thing and fix it. It is a complex problem. We need to target and understand groups and understand their barriers and their issues. Then we have to figure out a way to bring them into contact with people in a constructive situation so that emotional experience somehow

Vous devriez me dire si cela est vrai. Si c'est vrai, avons-nous besoin de renseignements généraux, indépendamment des particularités entourant certains types de situations?

Lorsque vous modifiez l'attitude de la société à l'égard d'un problème, bien des choses peuvent arriver. Le tabac, l'alcool et la conduite automobile en sont des exemples. Je travaille dans le domaine de la paix. Nous essayons de changer l'attitude des gens à l'égard de la paix.

Pourriez-vous approfondir un peu plus pour moi la question de l'attitude de la société à l'égard d'un tel sujet? Voici la maladie mentale. Comment pouvons-nous vraiment changer l'attitude de la société et la faire passer sur une voie active et positive?

**Mme Stuart:** Les épidémiologistes parlent en termes de populations. L'une des leçons les plus difficiles que j'ai jamais apprises, lorsque j'ai contribué à la campagne de l'Association mondiale de psychiatrie, a été qu'il n'existe pas de telle chose qu'une population en général. Il n'y a pas de chose comme la société. La société est composée de groupes différents, dont chacun a un point de vue différent et vit des expériences différentes.

Par conséquent, vous devez penser en premier lieu à segmenter votre auditoire, comme le ferait un spécialiste du marketing, et vous interroger sur ce qui caractérise ce genre d'auditoire particulier qui se trouve sur leur chemin? Pourquoi ne peuvent-ils pas aborder ce problème convenablement?

La majeure partie du temps que nous consacrons consistait à nous demander ce que pensent les policiers et les travailleurs de la santé. Pourquoi les travailleurs de la santé font-ils tant de stigmatisation? Ils figurent parmi les personnes les plus informées sur la maladie mentale dans notre société. On les identifie invariablement comme les gens qui sont les pires contrevenants.

Ce n'est pas simplement une question de connaissance. Lorsque nous avons parlé de cibler les choses, nous essayions de cibler les expériences. Nous avons réfléchi que nous devions les amener à un niveau émotionnel. Nous devions les amener à se rendre compte que tout leur système de croyances était quelque peu injustifié. L'une des meilleures façons de le faire a consisté à construire des situations dans lesquelles les malades mentaux pouvaient rencontrer des gens qui n'avaient peut-être jamais rencontré une personne atteinte d'une maladie mentale, dans des situations contrôlées et constructives. Ces personnes ont parlé de leur maladie mentale. Elles ont transmis des renseignements factuels mais, élément plus important, elles ont transmis des informations à un niveau humain. C'est ce qui a fait la différence. Cela a fait une différence non seulement pour les gens qui ont reçu le message, mais également pour les personnes qui l'ont livré. Elles se sentaient beaucoup mieux. Elles estimaient avoir participé quelque peu à un processus constructif, ce qui a fait augmenter leur estime de soi.

Je ne pense pas que nous puissions le faire d'un grand coup de pinceau. Nous ne pouvons pas regarder la société dans son ensemble et dire que nous prendrons un élément et que nous le réparerons. C'est un problème complexe. Nous devons cibler et comprendre les groupes et comprendre leurs obstacles et leurs enjeux. Ensuite, nous devons concevoir un moyen de les mettre en



overrides all these other preconceptions they have. We also hope they do not turn on the news the next day and see something splattered on the front page where someone with a mental illness is purported to have committed a crime. We tend to be swimming upstream when we try to do something like this.

That is not a straightforward answer to your question, but we have not found a way to do what you are asking just yet.

**Senator Roche:** I find your answer helpful. Perhaps your colleagues might like to offer a comment.

**Ms. Chambers:** Another thing that needs to change on a structural level for attitudes to improve is that as long as the mental health system is a scary place, as long as people can be abused there with little recourse, that attaches itself to the whole prejudice towards people with a psychiatric diagnosis. It is a scary thing. If you behave in too strange a way, they will come and take you away and put you in that scary place. If services were more accountable to the people they served, more open, more kind, and a better part of the flow of society, people would think, "If I ever had a horrible time, it is good to know there is someplace kind I can go to get support." The vision that you would have to be in really bad shape to go to one of those places is the general public's attitude towards the psychiatric system, with some reason. That is the part of the structural change that needs to take place to change attitudes.

**Senator Roche:** All of you are in favour of a national coordinated strategy that would target specific kinds of information and perhaps programs. I am always reluctant to go near the thorny Canadian question of federal-provincial relations, but where is the primary responsibility for implementing such a nationally coordinated strategy that would have different targets? Where would that primary responsibility lie?

**Ms. Stuart:** Currently there is no place for it. It does not exist. The structures that used to be in place at the federal government that were interested in mental health have been disbanded. Most provinces do not have a provincial focus at the provincial level to deal with mental health issues. British Columbia is an admirable exception to that rule. You will have to create some structures. It is everyone's responsibility. It cannot be handed off to one group. It is too big a problem. Different levels of government can intervene in different areas. At the federal level, there can be health promotion, promoting healthy public policy. At the provincial level, it might be at the level of direct health care delivery and ensuring that programs and policies and their social services and health sectors are not discriminatory. That could be something a provincial government could do. It could happen at

contact avec les gens dans une situation constructive afin que l'expérience émotionnelle neutralise quelque peu toutes ces autres idées préconçues que nous avons. Nous espérons également que ces personnes n'écouteront pas les nouvelles le lendemain et ne verrons pas étalé à la une le fait qu'un malade mental a présumément commis un crime. Lorsque nous essayons de faire des choses de ce genre, nous avons tendance à nager contre le courant.

Ce n'est pas une réponse directe à votre question mais nous n'avons pas encore trouvé le moyen de faire ce que vous venez de demander.

**Le sénateur Roche:** Je trouve votre réponse utile. Vos collègues voudraient peut-être ajouter un commentaire.

**Mme Chambers:** Une autre chose qu'il faut changer sur un plan structurel pour améliorer les attitudes c'est le fait qu'aussi longtemps que le système de santé mentale sera un endroit effrayant, aussi longtemps que les gens pourront faire l'objet d'abus avec très peu de recours, tout cela se rattachera au préjugé global à l'égard des gens ayant un diagnostic psychiatrique. C'est une chose effrayante. Si vous vous comportez d'une façon trop étrange, ils viendront vous chercher et vous emmèneront pour vous mettre dans ce lieu effrayant. Si les services rendaient davantage compte aux personnes qu'ils desservent, étaient plus ouverts, plus agréables, et constituaient une meilleure partie du flux de la société, les gens diraient: «Si jamais je passe un moment horrible, il est bon de savoir qu'il y a une place accueillante où je peux aller demander du soutien». La vision selon laquelle il vous faudrait être dans une situation vraiment mauvaise pour aller à l'un de ces endroits est l'attitude du grand public à l'égard du système psychiatrique, avec quelque raison. C'est la partie du changement structurel qui doit intervenir pour changer les attitudes.

**Le sénateur Roche:** Vous êtes tous en faveur d'une stratégie nationale coordonnée qui ciblerait des types spécifiques de renseignements et peut-être des programmes. Je suis toujours réticent à me rapprocher de l'épineuse question canadienne des relations fédérales-provinciales, mais où réside la principale responsabilité pour mettre en œuvre une telle stratégie coordonnée à l'échelle nationale ayant des cibles différentes? Où se situerait cette responsabilité principale?

**Mme Stuart:** À l'heure actuelle, il n'y a pas de place pour cela, cela n'existe pas. Les structures qui étaient en place au gouvernement fédéral et qui s'intéressaient à la santé mentale ont été démantelées. La plupart des provinces n'ont pas de centre d'intérêt au niveau provincial pour aborder les problèmes de santé mentale. La Colombie-Britannique est une exception admirable à cette règle. Vous devrez créer des structures. C'est la responsabilité de tous et chacun. Elle ne peut pas être confiée à un groupe. C'est un problème trop important. Les différents paliers de gouvernement peuvent intervenir dans différents domaines. Au niveau fédéral, il peut y avoir la promotion de la santé, la promotion de la politique de santé publique. Au niveau provincial, ce pourrait être au niveau de la prestation directe des soins de santé, tout en s'assurant que les programmes et les

the municipal level to make sure the bylaws did not zone out housing so that people with mental illness could have places to live that are not so far out of town.

**Senator Roche:** We will need something to drive the thing. I hope our report might act as an instrument to tell the federal government that some sort of driving, national strategy is needed.

**Ms. Chambers:** I would like to emphasize that hand-in-glove with the idea of educating people, it is important to have a national mental health legal advocacy resource that is accountable to consumers. It is not just prejudice in the general community, but particularly prejudice and discrimination in the mental health system itself — it is allowed under the law — that needs addressing. It is critical to have both those pieces involved.

**Senator Roche:** Finally, I have a question again about stigma. Mr. Storey began by trying to get us off the word “stigma”, but I notice he did not succeed completely with Professor Stuart. You can imagine where I am, because I do not know the difference between stigma and discrimination. Could you tell me again why “discrimination” is a better word than “stigma”? I started to get that maybe the use of the word “stigma” is itself a discriminatory act. Is that too much? Why is “discrimination” a better word than “stigma”?

**Mr. Storey:** I had not thought of that issue before our public forum. It was interesting that so many people who live with a mental illness talked about that. They did not like the word “stigma,” the noun, whereas “discrimination” is the verb, the action, as Dr. Stuart has said.

We have to be more focused on the actions that hurt people or disadvantage people with mental illness as opposed to what most people feel is this impotent word, this word that describes a sociocultural phenomenon, albeit unfortunate. It does not seem to have the potency that the word “discrimination” does.

People felt that we were at a radical point where they wanted to get the lawyers involved. They wanted to start suing, getting class action suits going, because it seemed to them that the progress that other groups had made had been made in this way, by focusing on discrimination and the inequalities that were resulting in their lives. There was considerable anger and impatience at this point among the people we spoke to. In their minds, they felt that “stigma” was a less potent word than “discrimination.”

**Ms. Stuart:** I like thinking in the broader sense, because I know that people who have negative attitudes may not necessarily act directly on them. I think of discrimination as an act of

politiques, et leurs secteurs des services sociaux et de la santé, ne font pas de discrimination. C'est quelque chose qu'un gouvernement provincial pourrait faire. Cela pourrait survenir au niveau municipal pour s'assurer que les règlements n'ont pas exclu le logement par voie de zonage afin que les malades mentaux puissent avoir pour vivre des endroits qui ne sont pas trop éloignés en dehors de la ville.

**Le sénateur Roche:** Nous aurons besoin de quelque chose pour faire avancer le dossier. J'espère que notre rapport pourra servir d'instrument pour dire au gouvernement fédéral qu'une certaine forme d'orientation, de stratégie nationale, est nécessaire.

**Mme Chambers:** J'aimerais souligner que, de concert avec l'idée d'éduquer les gens, il est important d'avoir une ressource nationale en matière de défense légale de la santé mentale ayant des comptes à rendre aux consommateurs. Ce ne sont pas seulement les préjugés dans la collectivité en général, mais en particulier les préjugés et la discrimination dans le système de santé mentale lui-même — c'est permis en vertu de la loi — qu'il faut aborder. Il est crucial d'impliquer ces deux éléments.

**Le sénateur Roche:** Enfin, j'ai une question portant encore sur le stigmatisme. M. Storey a commencé à essayer de nous éloigner du mot «stigmatisme», mais j'ai remarqué qu'il n'a pas réussi totalement avec Mme Stuart. Vous pouvez imaginer où je me situe, car je ne connais pas la différence entre le stigmatisme et la discrimination. Pouvez-vous me rappeler pourquoi le mot «discrimination» est meilleur que le mot «stigmatisme»? Je commençais à saisir que peut-être l'utilisation du mot «stigmatisme» est elle-même un acte discriminatoire. Est-ce aller trop loin? Pourquoi le mot «discrimination» est-il meilleur que le mot «stigmatisme»?

**M. Storey:** Je n'avais pas pensé à ce problème avant notre forum public. Ce fut intéressant de constater que tant de personnes qui vivent avec une maladie mentale en ont parlé. Elles n'aimaient pas le mot «stigmatisme», le nom, tandis que «discrimination» est le verbe, l'action, comme l'a mentionné Mme Stuart.

Nous devons nous concentrer davantage sur les actions qui blessent les gens ou défavorisent les gens atteints d'une maladie mentale, par opposition à ce que la plupart des gens estiment être ce mot impuissant, ce mot qui décrit un phénomène socioculturel, bien que regrettable. Il ne semble pas avoir la force que possède le mot «discrimination».

Les gens estimaient que nous étions à un point crucial où ils voulaient faire intervenir les avocats. Ils voulaient commencer à poursuivre, à entamer des poursuites collectives, car il leur semblait que les progrès que les autres groupes avaient réalisés étaient effectués de cette façon, en ciblant la discrimination et les inégalités qui surgissaient dans leur vie. Il y avait beaucoup de colère et d'impatience à ce moment-là chez les gens auxquels nous avons parlé. Dans leur esprit, ils estimaient que le «stigmatisme» était un mot moins fort que la «discrimination».

**Mme Stuart:** J'aime penser dans une perspective plus vaste, parce que je sais que les gens qui ont des attitudes négatives n'agissent peut-être pas forcément directement sur elles. Je pense à



commission. You have a negative attitude, and you deliberately have done something to impede someone else.

More insidious is that you may neglect to do something just by virtue of the fact that you think something is not important. You may have a negative attitude or put something on the back burner. I like to think there is as much or more damage done by those acts of omission, at every level of policy or government. We can focus on overt discrimination, and there are certainly huge issues there, but I would like to see it go farther than that. I would like to see the acts of omission addressed as well. If we could get at the stigma and the attitudes that underlie both of those things, we might be in a better position. I recognize that that is difficult to do. Sometimes the actions are easier to address.

**Senator Roche:** You would like us to use the word “stigma.”

**Ms. Stuart:** I do not have a preference. Stigma is the attitude, and the action is discrimination.

**The Deputy Chairman:** Are you not both right? Stigma is the problem, and the discrimination is the action of the problem.

**Senator Cordy:** When we were working on our health report, we discovered that there was a great vacuum in the resources for mental health. In fact, we thought it was so severe that it needed a separate study on its own. Personally, I was not prepared for the heart-wrenching testimony that we were going to be hearing from the witnesses. A number of us have said that after testimony we are exhausted, because it is people crying out for help and asking us to please do something. Hopefully, our report on mental health will be the starting point of something good happening.

I would like to get back to the issue of the Minister of State because I did not realize there was a Minister of State in British Columbia responsible for mental health. Does this designated role help to focus a more positive attitude on the plight of those who are mentally ill? Does it result in the coming together of the various departments? We heard testimony of the Department of Health not necessarily working with the Department of Community Services, not necessarily working with other government departments, let alone other government NGOs within the community.

Could fill me in on that? I am grasping at some starting point we could have as a committee to recommend.

**Mr. Storey:** I could be on dangerous ground in discussing this in too much detail. I have mixed feelings. Before you get too congratulatory toward the province of British Columbia — it is a great position with a lot of potential and Minister Cheema has been a great Minister of State for Mental Health. He has boundless energy and has worked hard to understand the issues in

la discrimination comme étant un acte commis. Vous avez une attitude négative et vous avez délibérément fait quelque chose pour gêner quelqu'un d'autre.

Plus insidieux est le fait que vous pouvez négliger de faire quelque chose simplement en vertu du fait que vous pensez que ce n'est pas important. Vous pouvez avoir une attitude négative ou mettre quelque chose en veilleuse. J'aime penser qu'il y a autant, voire plus de tort causé par ces actes omis, à chaque niveau de la politique ou à chaque palier de gouvernement. Nous pouvons cibler la discrimination déclarée et il y a assurément d'énormes problèmes là, mais j'aimerais voir cela aller encore plus loin. J'aimerais que l'on se penche également sur les actes d'omission. Si nous pouvions arriver au stigmate et aux attitudes qui sous-tendent ces deux choses, nous serions peut-être dans une meilleure position. Je reconnais que cela est difficile à faire. Parfois, il est plus facile de se pencher sur les actions.

**Le sénateur Roche:** Vous souhaiteriez nous voir utiliser le mot «stigmate».

**Mme Stuart:** Je n'ai pas de préférence. Le stigmate est l'attitude et l'action est la discrimination.

**La vice-présidente:** N'avez-vous pas raison tous les deux? Le stigmate est le problème et la discrimination est l'action du problème.

**Le sénateur Cordy:** Lorsque nous étions en train de rédiger notre rapport sur la santé, nous avons découvert qu'il existait un grand vide dans les ressources consacrées à la santé mentale. De fait, nous pensions que cela était si grave qu'il fallait une étude séparée. Personnellement, je n'étais pas préparée pour les témoignages à vous arracher le cœur que nous allions entendre des témoins. Un certain nombre d'entre nous ont déclaré qu'après les témoignages nous sommes épuisés, parce qu'il s'agit de gens qui appellent à l'aide et qui nous demandent de faire quelque chose. Nous espérons que notre rapport sur la santé mentale sera le point de départ de quelque chose de bien.

J'aimerais revenir à la question du ministre d'État parce que je n'avais pas réalisé qu'il y avait un ministre d'État responsable de la santé mentale en Colombie-Britannique. Est-ce que ce rôle désigné aide à concentrer une attitude plus positive sur la situation critique de ces malades mentaux? Est-ce que cela aboutit à l'union des divers ministères? Nous avons entendu des témoignages de représentants du ministère de la Santé qui ne collaborent pas forcément avec ceux du ministère des Services communautaires, qui ne collaborent pas forcément avec les autres ministères gouvernementaux, sans parler des autres ONG gouvernementales au sein de la collectivité.

Pourriez-vous me donner quelques détails à ce sujet? Je cherche un point de départ à partir duquel le comité pourrait formuler des recommandations.

**M. Storey:** Je pourrais m'aventurer en terrain dangereux en discutant de ce sujet trop en détail. J'ai des sentiments mitigés. Avant que vous adressiez trop de félicitations à la province de la Colombie-Britannique — c'est un poste formidable avec beaucoup de potentiel et le ministre Cheema a été un bon ministre d'État à la Santé mentale. Il a une énergie sans bornes et



the province. He works hard to promote the interests of people with mental illness. However, he is a minister of state, not a full minister. Beyond the budget he has for his office, he has no budget. He has two staff — essentially, one person who arranges his schedule and one who helps with his research.

Although he has access to the other ministers, and has used his influence as best he can, there are other agendas being served in our province. The regionalization of health authorities has significantly limited his influence as well.

Because of his charisma and the strength of his personality, he does have some influence on the chief executive officers and the board chairs of the various health authorities. However, he has no statutory influence or any significant direct influence as Minister of State over decisions that they may make in the regions about mental health dollars.

Therefore, it has been good that we have had a Minister of State for Mental Health, but there have been significant limitations in terms of the way that office has been created and the way in which it is allowed to operate in the British Columbia context.

**Senator Cordy:** He is swimming against the tide.

I am also wondering about community resources. We have gotten away from years gone by when someone who was mentally ill was put in a hospital and left there forever. Fortunately, they are now able to come out into the community. However, we have heard testimony from others who have appeared before us that community resources are really lacking. People who are discharged from the hospitals, unless they have family support, are often thrown to the wolves. How do we convince departments of health or governments that community services, for those who are mentally ill particularly, are as important as the services that are provided to them within the hospital setting?

New Brunswick has used the term, "hospitals without walls." In fact, the community services should be the hospitals without walls. It is certainly better than waiting — I think Ms. Chambers used the term "the bad state" — waiting until a person gets in a bad state and has to be readmitted to a hospital. If we can service people who are suffering from a mental illness within the community, it is a win-win for everyone, in my opinion. How do we convince governments of that?

**Ms. Chambers:** There is a problem with a lack of community resources, such as housing, for example. It is often a confusion of cause and effect as far as that goes. People assume that the primary cause of homelessness is deinstitutionalization, with the implied suggestion that people who are homeless should be in institutions. Anyone who has really studied the issue will tell you that lack of affordable housing is the primary cause of homelessness, and that no mental health service will assist

a travaillé d'arrache-pied pour comprendre les enjeux dans la province. Il travaille énormément pour promouvoir les intérêts des malades mentaux. Cependant, il est ministre d'État, pas ministre à part entière. En dehors du budget dont il dispose pour son bureau, il n'a pas de budget. Il a deux employés — essentiellement une personne qui s'occupe de son emploi du temps et une qui l'aide dans sa recherche.

Bien qu'il ait accès aux autres ministres, et a utilisé son influence de son mieux, il y a d'autres programmes à respecter dans notre province. La régionalisation des autorités sanitaires a également limité considérablement son influence.

En raison de son charisme et de sa forte personnalité, il exerce une certaine influence sur les présidents directeurs généraux et les présidents du conseil des diverses autorités sanitaires. Toutefois, il n'a aucune influence réglementaire, ni aucune influence directe importante en tant que ministre d'État, sur les décisions qu'ils peuvent prendre dans les régions à propos des crédits destinés à la santé mentale.

Par conséquent, avoir un ministre d'État à la Santé mentale a été une bonne chose mais il y a eu des restrictions importantes à propos de la création de ce bureau et de la façon dont il peut fonctionner dans le contexte de la Colombie-Britannique.

**Le sénateur Cordy:** Il nage à contre-courant.

Je me pose également des questions à propos des ressources communautaires. Nous avons échappé aux années écoulées durant lesquelles une personne malade mentale était hospitalisée et restait là pour toujours. Heureusement, elle peut dorénavant sortir pour aller dans la collectivité. Cependant, nous avons entendu des témoignages d'autres personnes qui ont comparu devant nous à l'effet que les ressources communautaires font vraiment cruellement défaut. Les personnes qui sortent des hôpitaux, à moins d'avoir un soutien familial, sont souvent laissées à leur triste sort. Comment convaincre les ministères de la Santé ou les gouvernements que les services communautaires, pour les malades mentaux en particulier, sont aussi importants que les services qui leur sont offerts en milieu hospitalier?

Le Nouveau-Brunswick a utilisé l'expression «des hôpitaux sans murs». De fait, les services communautaires devraient être les hôpitaux sans murs. C'est certainement mieux que d'attendre — je pense que Mme Chambers a utilisé l'expression «un mauvais état» — d'attendre qu'une personne se retrouve dans un mauvais état et doive être réhospitalisée. Si nous pouvons offrir des services aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale au sein de la collectivité, à mon avis tout le monde en ressort gagnant. Comment en convaincre les gouvernements?

**Mme Chambers:** Il y a un problème avec un manque de ressources communautaires, comme le logement par exemple. Il s'agit souvent d'une confusion entre la cause et l'effet pour ce qui est de cela. Les gens supposent que la principale cause de la clochardise est la désinstitutionalisation, avec la suggestion sous-jacente que les sans-abri devraient être dans des institutions. Quiconque a vraiment étudié la question vous dira que le manque de logements abordables est la principale cause de la clochardise,



anyone until they are able to get adequate housing. Mental disturbance is commonly caused by being homeless more than the other way around.

It is not just more resources that the community services need; it is the way the money is spent. What the consumer survivor community in Ontario has been saying is that the money is not being properly spent. Huge amounts of money are going into coercive services like assertive community treatment teams that may visit people on a daily basis to ensure medication compliance. These resources are not well supported by research evidence and they are not popular amongst the people who receive them. There are not enough other services that people want to use, which have long waiting lists. If the money were directed to effective services because people wanted them, and not so much to services that were being shoved down people's throats, it would have a more positive effect and would be money better spent.

Another example would be consumer survivor initiatives such as consumer survivor workplace alternatives that have created jobs for people who had previously been thought to be not able to hold them. They have been able to save huge amounts of money because they reduce the use of hospital beds. They are cost effective as well as being human effective.

**Ms. Stuart:** If you asked most provincial governments today, they would say we do have community resources. They could point to probably more money than they have ever put into community resources in the past. In Ontario, we are sinking a lot of money into community resources. I do not think you need to convince them that is an important thing to do. They already know that. I think they would say they are doing it. Where the gap is, if you look at the money that goes into the community, is how it is spent, the accountability. What I give you money for today is not what you will be spending it on tomorrow. There is no way to monitor that over time, or to ensure the money I have given you to treat people with schizophrenia in this way is not going to be diverted to someone with an eating disorder tomorrow. There is a lack of accountability on how the money is spent.

**Senator Cordy:** Do you mean spent by the government?

**Ms. Stuart:** No, by the programs who receive the funding. They will put forward a proposal to get funding for a certain thing. We call it program drift. Six months or a year later it has drifted into another program. The people that were originally supposed to be serviced are gone. They are not in the picture any more and some other program is asking for more money to service that population. Once they realize that they are difficult to serve, or they do not have a service that matches the needs or the expertise to do it, they will drift away again. We do not have a way of

et qu'aucun service de santé mentale n'aidera personne, à moins de pouvoir trouver un logement adéquat. Les troubles mentaux constituent un motif courant pour se retrouver sans-abri, davantage que dans l'autre sens.

Ce n'est pas seulement de plus de ressources qu'ont besoin les services communautaires; c'est la façon dont l'argent est dépensé. Ce que nous a dit le milieu des survivants de la consommation en Ontario c'est que l'argent n'est pas dépensé convenablement. Des sommes faramineuses sont affectées aux services coercitifs, comme les équipes dynamiques de traitement communautaire qui peuvent rendre visite aux gens sur une base quotidienne pour s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments. Ces ressources ne sont pas bien appuyées par des recherches probantes et elles ne sont pas populaires parmi les gens qui en bénéficient. Il n'y a pas suffisamment d'autres services que les gens souhaitent utiliser, avec de longues listes d'attente. Si l'argent était affecté à des services efficaces parce que les gens les veulent, et pas tant à des services qui leur sont imposés de force, il aurait un effet plus positif et ce serait de l'argent mieux dépensé.

Un autre exemple serait les initiatives des survivants de la consommation, comme les autres milieux de travail des survivants de la consommation qui ont créé des emplois pour des gens que l'on croyait auparavant incapables de les tenir. Elles ont permis d'économiser des sommes colossales parce qu'elles réduisent l'utilisation de lits d'hôpitaux. Elles sont rentables en plus d'être efficaces sur le plan humain.

**Mme Stuart:** Si vous posiez aujourd'hui la question à la plupart des gouvernements provinciaux, ils vous répondraient qu'ils ont les ressources communautaires. Ils pourraient probablement mentionner plus d'argent qu'ils n'en ont jamais investi dans les ressources communautaires par le passé. En Ontario, nous engloutissons beaucoup d'argent dans les ressources communautaires. Je ne pense pas qu'il faille les convaincre qu'il s'agit d'une chose importante à faire. Ils le savent déjà. Je pense qu'ils répondraient qu'ils le font. Si vous examinez l'argent qui est investi dans la collectivité, l'écart se trouve dans la façon dont l'argent est dépensé, au niveau de la responsabilité. Le poste pour lequel je vous donne de l'argent aujourd'hui n'est pas celui pour lequel vous le dépenserez demain. Au fil du temps, il n'y a aucun moyen de surveiller cela ou de s'assurer que l'argent que je vous ai accordé pour traiter les schizophrènes de cette façon ne sera pas détourné demain vers quelqu'un ayant des troubles alimentaires. Il y a un manque de responsabilité à propos de la façon dont l'argent est dépensé.

**Le sénateur Cordy:** Voulez-vous dire dépensé par le gouvernement?

**Mme Stuart:** Non, par les programmes qui bénéficient du financement. Ils rédigent une proposition pour obtenir un financement pour une certaine chose. Nous appelons cela la dérive des programmes. Six mois ou un an plus tard, l'argent a dérivé vers un autre programme. Les gens qui étaient supposés bénéficier de ce service au départ sont partis. Ils ne sont plus dans le décor et un autre programme demande davantage d'argent pour desservir cette population. Une fois qu'ils se rendent compte qu'ils sont difficiles à desservir, ou qu'ils n'ont pas de services



ensuring at the community level that the money stays in the community and is protected for the reasons it was put there in the first place; nor do we have a way to know we matched services to needs. Therefore, we tend to use services at either end of the spectrum, overly coercive or intensive services or not intensive enough. People are not getting the things they need in the middle.

**Senator Cordy:** Ms. Chambers, you made the comment in your closing remarks and I wanted more explanation. I think I got some of it when you were discussing the community and you said that real choices need to exist. You mentioned that people are not necessarily getting the community resources that they want. Is that what you meant by that term?

**Ms. Chambers:** Yes. As an example, probably the most common complaint by consumer survivors of mental health services is that they rely excessively on medication. People who want support, say some therapy, end up seeing a doctor once every three weeks to get their medication adjusted. They see them for 10 minutes, and that is the support they get when they are living in the community.

They can get daily visits from community team members, but this consists of a person being handed their medication, swallowing it and the person leaving. There is a great deal of research evidence to support that other alternatives are more effective and less costly than a lot of the alternatives that exist today.

For example, an alternative to hospitalization that was found to be extremely effective was something called Soteria House in the United States. Some people were randomly assigned to the hospital as usual and some to this house in which there was one non-professional person who worked with people and talked to them about their experiences. These people had all been diagnosed with schizophrenia. Very few received medication; some received small doses.

In the short run, each group did equally well; in the long run, the people in the house did better. They reintegrated into society and were not constantly using the mental health system. Thirty articles were written about the project, but it was completely abandoned as an approach, despite consumer survivors clamouring for something like that for decades.

Ontario held province-wide consultations a little over a decade ago about what these people wanted. The results were written up. When an attempt was made to transform them into policy, most of what was found was dropped by the wayside because the people with influence, those delivering the services, had their own ideas about what they wanted to deliver, which carried more weight than what the people who needed the services were saying.

correspondant aux besoins ou à l'expertise pour le faire, il y a de nouveau une dérive. Nous n'avons pas de moyen de garantir au niveau communautaire que l'argent demeure dans la collectivité et est protégé pour les raisons pour lesquelles il a été investi là en premier lieu; nous n'avons pas non plus de moyen de savoir que nous avons fait correspondre les services aux besoins. Par conséquent, nous avons tendance à utiliser les services à l'une des deux extrémités du spectre, des services exagérément coercitifs ou intensifs ou pas assez intensifs. Les gens n'obtiennent pas les choses dont ils ont besoin au milieu du spectre.

**Le sénateur Cordy:** Madame Chambers, vous avez fait ce commentaire dans votre exposé de clôture et je voulais d'autres explications. Je pense en avoir obtenu une partie lorsque vous parliez de la collectivité en disant qu'il faut avoir des choix véritables. Vous avez mentionné que les gens n'obtiennent pas forcément les ressources communautaires qu'ils souhaitent. Est-ce bien ce que vous vouliez dire en utilisant ce terme?

**Mme Chambers:** Oui. Par exemple, la plainte probablement la plus courante de la part de survivants de la consommation de services de santé mentale est qu'ils sont exagérément tributaires des médicaments. Les gens qui veulent du soutien, disons une certaine thérapie, finissent par voir un docteur une fois toutes les trois semaines pour faire ajuster leur médication. Ils le voient pendant 10 minutes et c'est tout le soutien qu'ils obtiennent lorsqu'ils vivent dans la collectivité.

Ils peuvent obtenir des visites quotidiennes de membres des équipes communautaires, mais cela consiste à recevoir ses médicaments, à les avaler et la personne s'en va. Il y a beaucoup de recherches probantes pour attester que d'autres solutions sont plus efficaces et moins coûteuses que bien des options qui existent à l'heure actuelle.

Par exemple, une solution de rechange à l'hospitalisation, qui a été jugée extrêmement efficace, était quelque chose du nom de «Soteria House» aux États-Unis. Certaines personnes étaient envoyées au hasard à l'hôpital, comme d'habitude, et certaines dans cette maison dans laquelle une personne non professionnelle travaillait avec les gens et leur parlait de leurs expériences. Toutes ces personnes avaient été diagnostiquées atteintes de schizophrénie. Très peu recevaient des médicaments; certaines en recevaient de petites doses.

À court terme, chaque groupe réussissait aussi bien; à long terme, les personnes habitant dans la maison réussissaient mieux. Elles réintégraient la société et ne recouraient pas constamment au système de santé mentale. Une trentaine d'articles ont été rédigés sur le projet mais il a été complètement abandonné en tant qu'approche, en dépit du fait que les survivants de la consommation réclamaient à grands cris quelque chose du genre depuis des décennies.

L'Ontario a tenu des consultations à l'échelle de la province il y a un peu plus d'une décennie sur ce que ces gens voulaient. Les résultats ont été consignés. Lorsqu'une tentative a été faite pour les transformer en politique, la plupart des conclusions ont été abandonnées en cours de route parce que les gens influents, ceux qui offraient les services, avaient leurs propres idées sur la question, qui avaient plus de poids que les paroles des gens ayant



That is why money is being spent ineffectively. As was identified in this committee's report about the general health care system, there must be more accountability to the people the system exists to serve.

**Senator Keon:** Mr. Storey, I want to take you back to something you said that was very interesting and reinforces the fact that when we talk about our great health care system in Canada, we in fact do not have a system. You mentioned that patients can get to see a family doctor only four or five times a year unless that doctor sees them for nothing. Surely, this is just not good enough.

I think the problem is that we have not come to grips with the organization of primary care anywhere in Canada. These patients should not have to wait to fall into a hospital, a doctor's office or a police cruiser. A safety net should be there for them once they enter the system. That net could be provided with the proper organization of primary care. I do not think they would have to see a doctor more than four times a year, but other care providers could be there for them when they call.

I would like you to reflect a little on what you can do out there. I know some of the people out there. This committee interviewed some of the primary health care people out there.

What could you do from a mental health point of view to move this agenda along so that the forces for mental health would at least have that base to build on, as the total program approach got organized?

**Mr. Storey:** That is a complex question. Individuals who design programs for people with mental illness and who make decisions about how money is spent should talk to people with mental illness.

In relation to what Senator Fairbairn said earlier about the waiting list to get out of Riverview Hospital versus the issue of the course of treatment, people with mental illness vote with their feet. Services that they do not value are not well used; services that they do value are very well utilized and are often overwhelmed.

Before I came to the National Parole Board, I was an instructor with a community support worker program at a local community college. I was responsible for designing a training program for community support workers to work with people with mental illness. I believe we need more community support workers. It is great to have psychiatric social workers and psychologists and psychiatrists. We need those folks to support people when they are in particular distress and when their problems are particularly complicated. However, the people I know well, some of whom I count as my friends, talk about the importance of having someone there when they need them after 4:30 and on weekends. Community support workers can do

besoin des services. C'est la raison pour laquelle l'argent est dépensé de façon inefficace. Tout comme le rapport de votre comité l'a identifié, à propos du système général de soins de santé, il faut une plus grande responsabilité vis-à-vis des gens que le système est censé desservir.

**Le sénateur Keon:** Monsieur Storey, je voudrais vous ramener à quelque chose que vous avez dit qui était très intéressant et renforce le fait que, lorsque nous parlons de notre fameux système de soins de santé au Canada, en fait nous n'avons pas de système. Vous avez mentionné que les patients ne peuvent voir un médecin de famille que quatre ou cinq fois par an, à moins que ce docteur ne les voit pour rien. Assurément, ce n'est tout simplement pas assez bien.

Je pense que le problème vient du fait que nous n'avons pas réussi à maîtriser l'organisation des soins primaires partout au Canada. Ces patients ne devraient pas avoir à attendre pour se retrouver dans un hôpital, un cabinet de médecin ou une voiture de patrouille. Une fois qu'ils entrent dans le système, il devrait y avoir un filet de sécurité pour eux. Ce filet pourrait être offert avec le mécanisme approprié des soins primaires. Je ne pense pas qu'ils auraient à voir un médecin plus de quatre fois par an, mais d'autres dispensateurs de soins pourraient être là pour eux en cas d'appel.

J'aimerais que vous réfléchissiez un peu sur ce que vous pouvez faire dans de telles circonstances. Je connais certaines des personnes qui travaillent là. Notre comité a interviewé certains des dispensateurs de soins de santé primaires sur le terrain.

Que pourriez-vous faire, du point de vue de la santé mentale, pour faire avancer ce programme afin que les forces destinées à la santé mentale disposent au moins de cette base pour s'appuyer au départ, à mesure que l'approche du programme global s'organiserait?

**M. Storey:** C'est une question complexe. Les personnes qui conçoivent les programmes destinés aux malades mentaux et qui prennent les décisions sur la façon de dépenser l'argent devraient parler aux malades mentaux.

À propos de ce qu'a dit le sénateur Fairbairn plus tôt au sujet de la liste d'attente pour sortir de l'Hôpital Riverview, par rapport à la question de la durée du traitement, les personnes atteintes d'une maladie mentale votent avec leurs pieds (en allant ailleurs). Les services qu'elles n'apprécient pas ne sont pas bien utilisés; les services qu'elles apprécient sont très bien utilisés et sont souvent débordés.

Avant mon arrivée à la Commission des libérations conditionnelles, j'étais instructeur dans un programme d'employés de soutien communautaire dans un collège communautaire local. J'étais chargé de concevoir un programme de formation pour les employés de soutien communautaire en vue de travailler avec les malades mentaux. J'estime qu'il nous faut davantage d'employés de soutien communautaire. C'est formidable d'avoir des travailleurs sociaux psychiatriques ainsi que des psychologues et des psychiatres. Nous avons besoin de ces gens-là pour appuyer des personnes lorsqu'elles se retrouvent dans une détresse particulière et lorsque leurs problèmes sont particulièrement complexes. Cependant, les personnes que je

that. For example, they may need support dealing with their landlord. They may need support dealing with the difficult person down the hallway who is making too much noise. They may need support making friends and establishing relationships.

There is nothing more salutary than a good friend or even a lover. Many people with mental illness are not even given the opportunities or the support they need to develop intimate relations, which are important to good mental health.

As Commissioner Romanow said, primary care needs to take place as close to the home as possible. It needs to address the daily issues of the quality of life, the health indicators that are important to us all.

I am not sure if I am answering your question.

**Senator Keon:** You are trying. You are coming close.

The health field is fragmented right now with all the health disciplines and health facilities. As a common denominator, we need community clinics where the kind of community person you are speaking about could be associated with something broader. It seems to me that it would not be a Herculean task to organize such clinics, but there is resistance from the establishment.

**Mr. Storey:** I think the problem is also the approach regarding how we look at people with mental illness.

In British Columbia, there is a model of looking at people with developmental disabilities in terms of what they can or cannot do rather than their diagnosis. The medical model is still predominant. It seems you have to fit into a category to get service. We have programs for people with schizophrenia and programs for people with bipolar affective disorder. In the disabilities field, we do not see that. People's diagnoses are usually in the files somewhere, but on a day-to-day basis, they look at what the person is interested in doing, and they try to facilitate that. Any problems are seen as obstacles to be overcome. I do not see that approach generally being taken with people with mental illness, although there are programs out there that do focus on that. Those are the programs that attract people. Unfortunately, those are the programs that usually have short-term funding.

**Senator Keon:** I will lead Dr. Stuart into a real minefield.

Dr. Stuart, you mentioned substance abuse. With alcohol, for example, if a mentally ill person has a drink and becomes inebriated, provided they not do any harm to anyone, it does not do them any harm. However, if they use an illegal drug and are

connais bien, et dont je considère certaines au nombre de mes ami(e)s, parlent de l'importance d'avoir quelqu'un là lorsqu'elles en ont besoin, après 16 heures 30 et les fins de semaine. Les employés de soutien communautaire peuvent faire cela. Par exemple, elles peuvent avoir besoin de soutien pour traiter avec leur propriétaire. Elles peuvent avoir besoin de soutien pour traiter avec la personne difficile qui fait trop de bruit dans le couloir. Elles peuvent avoir besoin de soutien pour nouer des amitiés et établir des relations.

Il n'y a rien de plus salutaire que d'avoir un bon ami ou même un amoureux. Bon nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale ne se voient même pas offrir les possibilités ou le soutien dont elles ont besoin pour développer des relations intimes, qui sont importantes pour une bonne santé mentale.

Comme l'a dit le commissaire Romanow, les soins primaires doivent être dispensés aussi près que possible du domicile. Ils doivent aborder les problèmes quotidiens de la qualité de vie, les indicateurs de la santé qui sont importants pour nous tous.

Je ne suis pas certain d'avoir répondu à votre question.

**Le sénateur Keon:** Vous essayez, vous n'en êtes pas loin.

À l'heure actuelle, le domaine de la santé est fragmenté avec toutes les disciplines de la santé et tous les établissements de santé. Comme dénominateur commun, nous avons besoin de cliniques communautaires dans lesquelles le genre de personne communautaire dont vous parlez pourrait être associée à quelque chose de plus vaste. Il me semble que cela ne serait pas une tâche herculéenne d'organiser de telles cliniques, mais on constate une résistance de la part de la classe politique.

**M. Storey:** Je pense que le problème est également l'approche concernant la façon dont nous regardons les malades mentaux.

En Colombie-Britannique, il existe un modèle pour regarder les gens ayant des troubles de développement, en termes de ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire, plutôt qu'en fonction de leur diagnostic. Le modèle médical domine encore. Il semble que vous devez correspondre à une catégorie pour obtenir du service. Nous avons des programmes pour les personnes atteintes de schizophrénie et des programmes pour les personnes atteintes de troubles affectifs bipolaires. Dans le domaine des déficiences, nous ne voyons pas cela. Les diagnostics des gens se trouvent souvent quelque part dans les dossiers mais, sur une base quotidienne, on regarde ce que la personne est intéressée à faire et on essaie de faciliter cela. Tous les problèmes sont considérés comme des obstacles à surmonter. Je ne vois pas cette approche être généralement adoptée avec les gens atteints d'une maladie mentale, même s'il existe là-bas des programmes qui mettent l'accent sur cela. Il s'agit des programmes qui attirent les gens. Malheureusement, ce sont les programmes qui ont habituellement un financement à court terme.

**Le sénateur Keon:** Je vais amener la Mme Stuart sur un terrain vraiment miné.

Madame Stuart, vous avez parlé de l'abus de substances intoxicantes. Avec l'alcool, par exemple, si un malade mental prend un verre et devient ivre, pourvu qu'il ne cause aucun tort à autrui, cela ne lui cause aucun tort. Toutefois, s'il utilise une



apprehended, they then become a criminal on top of being mentally ill. To me, this is a huge problem. Some of my American friends tell me that the problem is monumental in American jails.

Can the three of you tell us how the situation should be viewed? As you know, there is a Senate committee that has reported on and looked in great depth at the question of illegal drugs and whether we should be treating some of these people as patients or people with an illness rather than as criminals, at least creating as few criminals as possible.

How do you see the handling of illegal drugs in the mentally ill population? It must be a horrendous problem.

**Ms. Stuart:** It is not just a problem of illegal drugs. When you look at the data, you see it is any kind of substance, including tobacco, for some people with mental illness, alcohol and then illegal drugs, as you have pointed out. We tend now, and also with physical disorders as you have also pointed out, to fragment and put parts of the issue into different systems. The illegal part we give to the police. The substance abuse such as alcohol we give to the addictions system, which is a separate system for the most part, with a few exceptions in Canada. The physical part we give to the GPs. Everything else we probably put somewhere in mental health, either in a hospital or community.

We fail to recognize that all these things co-occur in these people. They may have physical disorders and substance abuse problems and are dependent on illegal drugs. Sometimes we think there may be self-medication, perhaps because they are in the community and they have more opportunities now than they ever did before. We do not have a way of dealing with these issues. We do not even have a good way of identifying the problem.

Most people with concurrent substance abuse problems who come into the mental health system are not identified. Therefore, how to deal with it as a secondary issue and how to identify it is the big problem.

When you send people with a mental health problem to a GP, there is good evidence now that their physical disorders are not well addressed. Everything becomes focused on the mental health issue. We have a real problem right around the board with integrating care for these people, figuring out what they need as people, not what they need as body parts, and then figuring out the best way of addressing it. I do not think we have a good way right now. Substance abuse is a huge problem in the United States. The jails are filling up with young women, single moms,

drogue illicite et est appréhendé, alors il devient un criminel en plus d'être un malade mental. Pour moi, c'est un problème énorme. Certains de mes amis américains me disent que le problème est phénoménal dans les prisons américaines.

Pouvez-vous nous dire, tous les trois, de quelle façon il faudrait envisager la situation? Comme vous le savez, un comité du Sénat a fait un rapport et a examiné en profondeur la question des drogues illicites pour savoir si nous devrions traiter certains de ces gens comme des patients ou comme des malades mentaux plutôt que comme des criminels, en créant tout au moins le moins de criminels possible.

Comment voyez-vous le traitement des drogues illicites dans la population des malades mentaux? Cela doit être un problème affreux.

**Mme Stuart:** Ce n'est pas seulement un problème de drogues illicites. Lorsque vous examinez les données, vous constatez qu'il s'agit de n'importe quelle sorte de substance, incluant le tabac, pour certaines personnes atteintes d'une maladie mentale, l'alcool et ensuite les drogues illicites, comme vous l'avez mentionné. Nous avons tendance à l'heure actuelle, et également avec les troubles physiques comme vous l'avez déjà mentionné, à fragmenter et à mettre des éléments du problème dans des systèmes différents. Nous confions la partie illégale à la police. L'abus de substances intoxicantes, comme l'alcool, est confié au système des toxicomanies, qui est un système distinct dans la majeure partie des cas, avec quelques exceptions au Canada. La partie physique est confiée aux omnipraticiens. Nous mettons probablement tout le reste quelque part dans la santé mentale, dans un hôpital ou dans la collectivité.

Nous ne reconnaissons pas que toutes ces choses arrivent simultanément chez ces personnes-là. Elles peuvent avoir des troubles physiques et des problèmes d'abus de substances intoxicantes et être dépendantes de drogues illicites. Parfois, nous pensons qu'il peut y avoir de l'automédication, peut-être parce qu'elles se trouvent dans la collectivité et qu'elles ont davantage de possibilités maintenant que jamais auparavant. Nous n'avons pas de moyen d'aborder ces questions. Nous n'avons même pas un bon moyen d'identifier le problème.

La plupart des gens ayant des problèmes simultanés d'abus de substances intoxicantes, qui arrivent dans le système de santé mentale, ne sont pas identifiés. Par conséquent, le gros problème consiste à savoir comment aborder cela comme une question secondaire et comment les identifier.

Lorsque vous envoyez des personnes atteintes d'une maladie mentale à un omnipraticien, il existe actuellement de bonnes preuves que leurs troubles physiques ne sont pas bien étudiés. Tout devient centré sur le problème de santé mentale. Nous avons un véritable problème généralisé avec l'intégration des soins destinés à ces gens, en se demandant de quoi ils ont besoin comme personne, non pas de quoi ils ont besoin comme parties du corps, et en se demandant ensuite quelle est la meilleure façon d'aborder le problème. Je ne pense pas que nous ayons une bonne façon à

people who have these issues, and this is not the solution. I do not have a fast solution for you, but I can tell you it is a major problem.

**Senator Keon:** Can I lead you down the road a little bit before you respond, Ms. Chambers? Take a 16-year-old woman who is about to become a single mother. She gets arrested for smoking marijuana. Her life is derailed — for life. She will never get into university. She will never work for a government agency. She will not be able to travel outside the country. Even if you rehabilitate this person, she will not be able to care for her offspring, and probably will revert to a life of crime.

I would like you to address that. I think in mental illness this is truly a double whammy that society is not looking at, at all.

**Ms. Stuart:** I suppose one thing you could do is decriminalize marijuana, but I would not want it decriminalized for one group of people in society and not another. That is reverse discrimination.

Some of the consumers I have talked to often say, “We are fed up with getting a special treatment in the jail system and being forensic patients. Just charge us and send us to jail like anyone else and we will be out on the streets faster than if we had to go through a forensic system and subject ourselves to fitness to stand trial and all of these different things.”

I do not know that decriminalization is the answer. Societies have been debating that issue for a long time. I do not think that we should be making special dispensation for one group on the basis of a mental illness if we are not prepared to do it for everyone. I would like to see something that looks equitable across the board. If we consider that it is an issue for everyone, including a single mom, we should be dealing with it, but not specifically because a person has mental illness. I do not know if that is what you wanted to hear.

**Senator Keon:** I just wanted to hear what you had to say. Thank you.

**Ms. Chambers:** I agree with that. I do not think that criminalization of drug use is helping anyone. I have learned much about addictions in the last several years, since the Centre for Addiction and Mental Health became a collection of two psychiatric and two addiction institutions. I have learned that it is the same group of people essentially. We have people on the Empowerment Council who represent people who have been in addiction services, but they have also been in psychiatric services. There is not a distinguishable difference between the two groups of people. The underlying issues are the same.

l'heure actuelle. L'abus de substances intoxicantes est un problème gigantesque aux États-Unis. Les prisons se remplissent de jeunes femmes, de mères monoparentales, de gens qui ont ces problèmes, et ce n'est pas la solution. Je n'ai pas de solution instantanée pour vous, mais je peux vous dire que c'est un problème grave.

**Le sénateur Keon:** Puis-je vous donner quelques indications avant que vous répondiez, madame Chambers? Prenez une jeune fille de 16 ans qui est sur le point de devenir une mère célibataire. Elle se fait arrêter pour avoir fumé de la marijuana. Sa vie vient de dérailler — pour la vie. Elle n'ira jamais à l'université. Elle ne travaillera jamais pour une agence gouvernementale. Elle ne pourra pas voyager en dehors du pays. Même si vous réhabilitez cette personne, elle ne sera pas capable de prendre soin de sa progéniture et reviendra probablement à une vie de crime.

J'aimerais que vous abordiez cette situation. Dans le domaine de la maladie mentale, je pense que c'est vraiment une double malchance sur laquelle la société ne se penche pas du tout.

**Mme Stuart:** Je suppose qu'une chose que vous pourriez faire consiste à décriminaliser la marijuana, mais je ne souhaiterais pas qu'elle soit décriminalisée pour un groupe de personnes dans la société et pas pour un autre. C'est de la discrimination inversée.

Certains des consommateurs auxquels j'ai parlé disent souvent: «Nous en avons marre d'obtenir un traitement spécial dans le système carcéral et d'être des patients judiciaires. Accusez-nous tout simplement et envoyez-nous en prison comme tout le monde et nous ressortirons plus vite que si nous avions eu à suivre un système judiciaire et à nous assujettir à une aptitude à subir notre procès et à toutes ces différentes choses».

Je ne pense pas que la décriminalisation soit la réponse. Les sociétés débattent de cette question depuis longtemps. Je ne crois pas que nous devrions accorder une dérogation spéciale à un groupe, sur la base d'une maladie mentale, si nous ne sommes pas disposés à le faire pour tout le monde. J'aimerais voir quelque chose qui semble équitable en général. Si nous considérons que c'est un problème pour tout le monde, y compris pour une mère célibataire, nous devrions aborder la question, mais pas spécifiquement parce qu'une personne a une maladie mentale. Je ne sais pas si c'est ce que vous souhaitiez entendre.

**Le sénateur Keon:** Je voulais tout simplement entendre ce que vous aviez à dire. Merci.

**Mme Chambers:** Je suis d'accord avec cela. Je ne pense pas que la décriminalisation de l'usage de drogues aide qui que ce soit. Au cours des dernières années, j'en ai appris beaucoup sur les toxicomanies depuis que le Centre de toxicomanie et de santé mentale est devenu un regroupement de deux établissements psychiatriques et de deux établissements pour les toxicomanies. J'ai appris que c'est essentiellement le même groupe de gens. Au Conseil d'habilitation, nous avons des gens qui représentent les personnes qui se sont retrouvées dans des services de toxicomanie, mais elles s'étaient également retrouvées dans des services psychiatriques. Il n'y a pas de différence reconnaissable entre les deux groupes de personnes. Les problèmes sous-jacents sont les mêmes.



The experience of having been abused is overwhelmingly frequent, as well as not having had much assistance for that throughout life. Poverty is a constant. It is a degrading and limiting experience in people's lives.

What some of the people on the council with addictions say is that they spent a lot of time in the mental health system before they finally entered the addictions system. They did not feel they got any help in the mental health system. That was not so much because it did not address their addictions as because it did not address the other, underlying issues. It is different in the addictions system because more people are hired in the addictions system who have recovered from addictions. You get the double benefit. They have a better sense of what the problems are and how to help the person to address them. Also, you get the positive example that goes with someone who was there and is now doing better.

People with addictions themselves, I find, vary in what they think is helpful. Some people think having repercussions at some point was helpful to them in getting off excessive substance use. Others have found that it just delayed their ability to do anything because they were struggling with the criminal justice system, and that prevented them from being able to do anything productive for a period of time.

I agree that the solution to the negative effect of the criminalization of substance use needs to be a broadly resolved question.

**Mr. Storey:** In Vancouver, we do not have a problem with drug use.

Actually, it is a huge issue in Vancouver, as you well know. It is a huge problem for people with mental illness as well. It is not just the Americans who have a problem with it. A recent study done in the Pacific region found that 80 per cent of the people admitted to the federal prison system have a substance abuse problem related to their criminal behaviour. About 17 per cent had a major mental illness as well, incidentally.

The harm reduction model is in vogue. It is dominant in Vancouver. I think that is the appropriate way to go. It would be interesting to see how the mental health court and drug court would work in Vancouver. We do not have those at present, but they are experiments taking place in other areas. I do not know that all the research is in yet as to whether or not they are effective.

I can speak from personal experience. My son, as I already mentioned, has had several psychiatric hospitalizations. Last fall, he discovered crack cocaine and began using it and got in trouble with the law. It has been a journey that has been difficult for him and certainly difficult for me as his dad.

L'expérience d'avoir été victime d'abus est extrêmement fréquente, ainsi que le fait de n'avoir pas reçu beaucoup d'aide pour cela durant sa vie. La pauvreté est une constante. C'est une expérience dégradante et contraignante dans la vie des gens.

Ce que disent certaines des personnes siégeant au conseil, avec des toxicomanies, c'est qu'elles ont passé beaucoup de temps dans le système de santé mentale avant d'entrer finalement dans le système des toxicomanies. Elles n'ont pas le sentiment d'avoir obtenu une aide quelconque dans le système de santé mentale. Ce n'était pas tant à cause du fait qu'on ne se préoccupait pas de leur toxicomanie que parce qu'on ne se penchait pas sur les autres problèmes sous-jacents. C'est différent dans le système des toxicomanies car davantage de gens qui ont guéri d'une toxicomanie sont embauchés dans le système des toxicomanies. Vous obtenez le double avantage. Ils ont une meilleure idée des problèmes et de la façon d'aider la personne à les surmonter. En outre, vous obtenez l'exemple positif qui colle à la peau de quelqu'un qui était dans le pétrin et qui va mieux maintenant.

Je constate que les toxicomanes eux-mêmes ont des idées différentes sur ce qu'ils pensent être utile. Certains pensent qu'avoir des répercussions à un moment donné a été utile pour leur permettre de se sortir de l'usage excessif de drogues. D'autres ont constaté que cela n'a fait que retarder leur aptitude à faire n'importe quoi parce qu'ils luttait avec le système de justice pénale et que cela les empêchait de pouvoir faire des choses productives pendant un certain temps.

J'admets que la solution à l'effet négatif de la criminalisation de l'usage des drogues doit être une question qui sera résolue au sens large.

**M. Storey:** À Vancouver, nous avons un problème avec l'abus de drogues.

En réalité, c'est un problème énorme à Vancouver, comme vous le savez bien. C'est également un grave problème pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. Ce ne sont pas seulement les Américains qui ont un problème avec cela. Une étude récemment effectuée dans la région du Pacifique a révélé que 80 p. 100 des gens admis dans le système carcéral fédéral ont un problème d'abus de drogues en rapport avec leur comportement criminel. Incidemment, environ 17 p. 100 avaient également une grave maladie mentale.

Le modèle de réduction des méfaits est à la mode. Il est dominant à Vancouver. Je pense que c'est la démarche appropriée à suivre. Il serait intéressant de voir comment le tribunal de la santé mentale et le tribunal des drogues fonctionneraient à Vancouver. Nous n'en avons pas à l'heure actuelle mais ce sont des expériences qui se déroulent dans d'autres régions. Je n'ai pas connaissance que toutes les recherches sont terminées actuellement pour savoir si oui ou non elles sont efficaces.

Je peux parler par expérience personnelle. Comme je l'ai déjà mentionné, mon fils a connu plusieurs hospitalisations psychiatriques. À l'automne dernier, il a découvert le «crack» et a commencé à en consommer et à avoir des problèmes avec la loi. C'est un parcours qui a été difficile pour lui et certainement pour moi, son père.

The court system does not respond well to people in that situation. I am fortunate in that I have an income and some understanding and can support him. I can afford a good lawyer and so he managed to avoid jail, thank goodness. I do not think that would have been supportive of his recovery, either emotionally or in terms of his substance abuse.

He is doing well, I want to assure you, right now. We are hanging on by the skin of our teeth. A harm reduction model is the way to go.

**Ms. Chambers:** You might be interested in a study of the drug court in Toronto by Professor Benedikt Fischer of the University of Toronto. One of his conclusions was that while the drug court has some advantages, it still takes a punitive approach. He believes it is not the best approach to take to addictions.

**Senator Keon:** Thank you. Your information has been great.

**Senator Cook:** We all have our stories and to Mr. Storey, I want to say that I can share my story. After the death of my husband, my teenaged daughter became severely anorexic. The system was not there for her. We tried to access the services and the wait was six months. We walked our road and we are fine now. I am sure you will be, too.

I have a compelling question for you. I have thought about mental diseases, mental illness and depression. My first question is: Is the Canadian Mental Health Act adequate to serve today's society, given that there are so many in need? Health is a federal responsibility that is delivered provincially. Now, if I break my leg, it is fine because I can get it fixed and come home. However, for a consumer of mental health services, it is 24/7 and around the clock, is it not? The element of stigma occurs at every level of contact. I wrote down the areas where I believe that common protocols were essential: family, friends, emergency rooms, medicare, the justice system, police, courts and prison. Through all the things I heard you say, there was a common element of the lack of a national protocol to help to understand and to treat the person with mental illness. I would like you to comment on that. It is all part of the psyche of what we are trying to do. For the past 20 years, or so, I have been a member of a board and a front-line worker in a social centre for consumers of mental health. It is one of the better things I have done in my life, including being in the Senate.

**Ms. Stuart:** I think you have really put your finger on the problem when it comes to mental health or mental illness. There are so many different players involved that it is almost an overwhelming task to get them all on board and doing the same things, and add to the mix, ideological splits between disciplines, and consumer survivor and advocacy groups that want to have certain things and not others. How do you sort through all of this

Le système judiciaire ne réagit pas bien aux personnes dans cette situation. Je suis chanceux d'avoir un revenu et une certaine compréhension et de pouvoir l'appuyer. Je peux me payer un bon avocat et, grâce à Dieu, il a réussi à éviter la prison. Je ne pense pas que cela aurait été positif pour son rétablissement, sur le plan émotionnel ou pour son abus de drogues.

Je tiens à vous assurer qu'il va bien à l'heure actuelle. Nous tenons bon par la peau des dents. Un modèle de réduction des méfaits est la solution à adopter.

**Mme Chambers:** Une étude du tribunal des drogues à Toronto, réalisée par le professeur Benedikt Fischer de l'Université de Toronto, pourrait vous intéresser. L'une de ses conclusions disait que bien que le tribunal des drogues présente certains avantages, il adopte encore une approche punitive. Il estime que ce n'est pas la meilleure approche à adopter dans le cas des toxicomanies.

**Le sénateur Keon:** Merci. Vos informations ont été formidables.

**Le sénateur Cook:** Nous avons tous nos histoires et je tiens à dire à monsieur Storey que je peux partager la mienne. Après le décès de mon mari, ma fille adolescente est devenue gravement anorexique. Le système n'était pas là pour lui venir en aide. Nous avons essayé d'avoir accès aux services et l'attente était de six mois. Nous avons parcouru notre chemin et nous sommes bien maintenant. Je suis persuadée que vous le serez aussi.

J'ai une question contraignante pour vous. J'ai réfléchi au sujet des maladies mentales, de la maladie mentale et de la dépression. Ma première question est la suivante: la Loi sur la santé mentale du Canada est-elle adéquate pour servir la société contemporaine, étant donné qu'il y a tant de gens dans le besoin? La santé est une responsabilité fédérale qui est dispensée à l'échelle provinciale. Aujourd'hui, si je me casse une jambe, c'est parfait car je peux la faire réparer et rentrer à la maison. Cependant, pour un consommateur de services de santé mentale, c'est un besoin présent 24 heures sur 24 sept jours par semaine sans interruption, n'est-ce pas? L'élément du stigmatisation se produit à chaque niveau de contact. J'ai noté les domaines dans lesquels je pense que des protocoles communs sont essentiels: la famille, les amis, les salles d'urgence, l'assurance-maladie, le système juridique, la police, les tribunaux et la prison. Parmi toutes les choses que je vous ai entendu dire, un élément commun ressortait, à savoir l'absence d'un protocole national pour aider à comprendre et à traiter la personne atteinte d'une maladie mentale. J'aimerais avoir vos commentaires là-dessus. Cela fait partie du principe de vie de ce que nous essayons de faire. Au cours des 20 dernières années, ou à peu près, j'ai été membre d'un conseil et intervenante de première ligne dans un centre social pour consommateurs du système de santé mentale. C'est l'une des meilleures choses que j'ai faites dans ma vie, y compris de siéger au Sénat.

**Mme Stuart:** Je pense que vous avez vraiment mis le doigt sur le problème lorsqu'il s'agit de la santé mentale ou de la maladie mentale. Il y a tant d'intervenants différents concernés que c'est presque une tâche insurmontable de les amener tous à participer et de faire les mêmes choses, et d'ajouter à l'éventail, les ruptures idéologiques entre les disciplines, et les groupes de survivants de la consommation et de défense des droits qui veulent avoir certaines



to address what people need — whose needs, under what circumstances and when they need it? We have provincial systems, each of which has a provincial Mental Health Act, each one different across the country although they have many common elements. We have federal legislation — the Criminal Code — that addresses certain aspects when the law is involved. We want to have housing, social services and disability benefits. We want to ensure that people are safe in the community and that the police are not overly punitive. How do you get all of these people to work together? We have been struggling with that in the context of mental health reform in Ontario in our district. Although we do not know for sure, we think it might work if we were to invest in a community mental health group agency program with full responsibility to roster their clients. It would be almost like a primary care model where people belong to this group, and your job is to make sure that they get everything they need. One of the first things that you would have to do is figure out what they do need. That information would have to come from common protocols. They are complex issues.

This is why it is so disconcerting for me to see the acts of omission because if one government agency or one ministry decides that it is not interested in mental health this year, the system begins to fall apart. We rely on them for an important part of the system. Everyone needs to be on board at the same time and working in the same direction. Thus far, nobody has been able to give everyone marching orders to that effect so we struggle and remain frustrated with the way it works.

**Senator Cook:** How would you see the role of the nurse practitioner in primary care in a mental health setting?

**Ms. Chambers:** I am not sure if I can answer that question well.

**Senator Cook:** Perhaps if I added a sentence or two. I want to know about the waiting times that people endure to get help. There is an underutilized group of people that could give the professional and hands-on care that are needed. They could also probably find linkages into the community. I think the nurse practitioner would probably be able to provide some of those elements.

**Ms. Chambers:** You are talking about the bottleneck that happens because of an over reliance on everyone seeing a psychiatrist. A nurse practitioner would be one option for getting around that. I think that we need to address that but the answer is broader than that.

choses et pas d'autres. Comment faire le tri parmi toutes ces choses pour s'occuper des besoins des gens — quels besoins, dans quelles circonstances et à quel moment? Nous avons les systèmes provinciaux, chacun ayant une loi sur la santé mentale provinciale, chacun étant différent au pays même s'ils ont de nombreux éléments communs. Nous avons la législation fédérale — le Code criminel — qui aborde certains aspects lorsque la loi est concernée. Nous voulons avoir des logements, des services sociaux et des prestations d'invalidité. Nous voulons nous assurer que les gens sont en sécurité dans la collectivité et que la police n'adopte pas trop de mesures punitives. Comment faire en sorte que ces gens collaborent? Dans notre district, nous nous sommes débattus avec cela dans le contexte de la réforme de la santé mentale en Ontario. Même si nous ne le savons pas avec certitude, nous pensons que cela pourrait fonctionner si nous investissions dans un programme collectif de santé mentale communautaire ayant la pleine responsabilité pour suivre ses clients. Ce serait presque comme un modèle de soins primaires dans le cadre duquel les gens appartiennent à ce groupe, et votre travail consiste à vous assurer qu'ils obtiennent tout ce qu'il leur faut. L'une des premières choses que vous auriez à faire serait de déterminer leurs besoins. Cette information devrait provenir de protocoles communs. Ce sont des questions complexes.

C'est la raison pour laquelle il est si déconcertant pour moi de voir les actes d'omission parce que, si une agence gouvernementale ou un ministère décide qu'il n'est pas intéressé par la santé mentale cette année, le système commence à se désagréger. Nous sommes tributaires d'eux pour une partie importante du système. Il faut que tout le monde soit à bord en même temps et travaille dans la même direction. Jusqu'à présent, personne n'a été capable de donner à tout le monde les instructions pour travailler ensemble, si bien que nous continuons à nous battre et nous demeurons frustrés par le mode de fonctionnement du système.

**Le sénateur Cook:** Comment verriez-vous le rôle de l'infirmière praticienne dans les soins primaires dans un établissement de santé mentale?

**Mme Chambers:** Je ne suis pas certaine de pouvoir bien répondre à cette question.

**Le sénateur Cook:** Je devrais peut-être ajouter une phrase ou deux. Je voudrais connaître les délais que les gens endurent pour obtenir de l'aide. Il y a un groupe de personnes sous-utilisées qui pourraient dispenser les soins professionnels et pratiques qui sont nécessaires. Il est probable qu'elles pourraient également trouver des liens dans la collectivité. J'estime que l'infirmière praticienne serait probablement en mesure de fournir certains de ces éléments.

**Mme Chambers:** Vous parlez du goulot d'étranglement qui se produit parce que l'on tient exagérément à ce que tout le monde voit un psychiatre. Une infirmière praticienne constituerait une option pour contourner le problème. J'estime que nous devons nous pencher sur cette question mais la réponse est plus vaste que cela.

Patrick was talking about the community support people that are needed but they do not need to be the medical community support people. People who would see them as complete human beings and relate to us that way is what we want more than anything else.

I think we need a national strategy to get rid of the worst of the system, to free up the resources for all the good supports that are possible and that people need. We need to examine the whole system for this.

It will not happen unless the system has more accountability to the people that it serves. Otherwise, there would simply be vested-interest silos of people whose primary interest would be in keeping resources, which is understandable, but it would not lead to the effective resourcing of services and to good ends for the recipients.

**Senator Cook:** I want to leave this with you. My little drop-in centre sees about 95 to 100 people per day. People who use it have been able to take charge of their own lives at their current level. They have forged the community within themselves. Their greatest strength is the feeling of community in that setting. That is a good news story.

**Ms. Chambers:** I agree absolutely.

**The Deputy Chairman:** I would like to thank our witnesses today.

The committee adjourned.

Patrick a parlé du personnel de soutien communautaire qui est nécessaire mais il ne s'agit pas forcément du personnel médical de soutien communautaire. Ce que nous voulons plus que toute autre chose, ce sont des gens qui les considéreraient comme des êtres humains à part entière et établiraient des rapports avec nous dans ce sens.

Je pense qu'il nous faut une stratégie nationale pour nous débarrasser des pires éléments du système, pour libérer les ressources pour tous les bons soutiens qui sont possibles et dont les gens ont besoin. Pour cela, il faut examiner l'ensemble du système.

Cela n'arrivera pas, à moins que le système n'ait davantage à rendre compte aux personnes qu'il dessert. Autrement, il y aurait simplement des gens aux intérêts dévolus, dans leurs tours d'ivoire, dont l'intérêt principal serait de conserver les ressources, ce qui est compréhensible, mais cela n'aboutirait pas à l'utilisation efficace des services et à de bons résultats pour les bénéficiaires.

**Le sénateur Cook:** Je voudrais vous laisser ce commentaire. Ma petite halte-accueil voit passer environ 95 à 100 personnes par jour. Les gens qui la fréquentent ont réussi à prendre en main leur propre vie à leur niveau actuel. Ils ont façonné difficilement une collectivité à l'intérieur d'eux-mêmes. Leur plus grande force est le sentiment communautaire dans cet environnement. C'est une bonne nouvelle.

**Mme Chambers:** Je suis tout à fait d'accord.

**La vice-présidente:** Je tiens à remercier nos témoins qui sont venus ici aujourd'hui.

La séance est levée.

---







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Province of British Columbia:*

Mr. Patrick Storey, Chair, Minister's Advisory Council on Mental Health.

*From Queen's University:*

Ms. Heather Stuart, Associate Professor, Community Health and Epidemiology.

*From the Centre for Addiction and Mental Health:*

Ms. Jennifer Chambers, Empowerment Council Coordinator

#### TÉMOINS

*De la province de la Colombie-Britannique:*

M. Patrick Storey, président, Conseil consultatif du ministre sur santé mentale.

*De l'Université Queen's:*

Mme Heather Stuart, professeure agrégée, Santé communautaire épidémiologie.

*Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:*

Mme Jennifer Chambers, coordonnatrice du Conseil d'habilitation





Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# **Social Affairs, Science and Technology**

# **Affaires sociales, des sciences et de la technologie**

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 28, 2003  
Thursday, May 29, 2003

Le mercredi 28 mai 2003  
Le jeudi 29 mai 2003

Issue No. 16

Fascicule n° 16

**Ninth and tenth meetings concerning:**  
Mental Health and Mental Illness

**Neuvième et dixième réunions concernant:**  
La santé mentale et la maladie mentale

**WITNESSES:**  
(See back cover)

**TÉMOINS:**  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Léger
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

\* *Ex Officio Members*

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p	Roche
Keon	Rossiter

\* *Membres d'office*



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2003  
(22)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 4:00 p.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche and Rossiter (9).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee continued its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Institutes of Health Research:*

Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health.

*From the University of Manitoba:*

Mr. John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine.

*From the Centre for Addiction and Mental Health:*

Ms. Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services.

*As an individual:*

Ms. Nancy Hall, Mental Health Consultant.

John Arnett, Bronwyn Shoush, Nancy Hall and Rena Scheffer each made a presentation and answered questions.

At 6:23 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Thursday, May 29, 2003  
(23)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:06 a.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2003  
(22)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche et Rossiter (9).

*Également présents:* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents, et particulièrement sur les enjeux liés à la santé et à la maladie mentale.

**TÉMOINS:**

*Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

Mme Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones.

*De l'Université du Manitoba:*

M. John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine.

*Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:*

Mme Rena Scheffer, directrice, Service d'information et d'éducation du public.

*À titre personnel:*

Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale.

John Arnett, Bronwyn Shoush, Nancy Hall et Rena Scheffer font à tour de rôle un exposé et répondent aux questions.

À 18 h 23, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

OTTAWA, le jeudi 29 mai 2003  
(23)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 06, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche and Rossiter (7).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee continued its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

*WITNESSES:*

*From the University of Toronto:*

Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health.

*From the University of Calgary:*

Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry.

*From the University of Manitoba:*

Mr. Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Programme.

*From the Registered Psychiatric Nurses of Canada:*

Ms. Margaret Synyshyn, President.

David Marsh, Donald Addington, Robert McIlwraith and Margaret Synyshyn each made a presentation and answered questions.

The Honourable Fairbairn moved — That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Sciences and Technology approve the transfer of \$ 300 from the heading of "Transport and Communications" to the heading of "All Other Expenditures."

The question being put on the motion, it was adopted.

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:*

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

Clerk of the Committee

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Keon, Kirby, Léger, Morin, Robertson, Roche et Rossiter (7).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité poursuit son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents et particulièrement sur les enjeux liés à la santé et les maladies mentales.

*TÉMOINS:*

*De l'Université de Toronto:*

Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

*De l'Université de Calgary:*

Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie.

*De l'Université du Manitoba:*

M. Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique.

*De l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:*

Mme Margaret Synyshyn, présidente.

David Marsh, Donald Addington, Robert McIlwraith et Margaret Synyshyn font à tour de rôle un exposé et répondent aux questions.

L'honorable sénateur Fairbairn propose — Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie approuve le transfert de 300 \$ de la rubrique «Transports et Communications» à la rubrique «Toutes autres dépenses».

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 13 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 28, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 4 p.m. to study issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we will begin.

We have four witnesses. We will hear briefly from all of them with a short opening statement. Their longer written statements are available to committee members.

Mr. Arnett is head of the Department of Clinical Health Psychology in the Faculty of Medicine, University of Manitoba. I am curious, Mr. Arnett, that your title says "psychology" and not "psychiatry." You can tell me about that in a minute.

We have Ms. Bronwyn Shoush, who is based in Edmonton; Ms. Nancy Hall, a mental health consultant from the West Coast, formerly from Winnipeg; and Ms. Rena Scheffer of the former Clark Institute, now called the Centre for Addiction and Mental Health.

As many of you will recall, Dr. David Goldbloom, who was until recently the chief medical officer for the Centre for Addiction and Mental Health, is the special adviser to this committee.

Thank you all for coming from all parts of the country.

**Mr. John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine, University of Manitoba:** Brevity is not one of the vices to which I have been subject, but I will try to be as brief as I can.

This committee will recognize that 20 per cent of Canadians will experience a mental health disorder at some time in their lives; therefore it is a "big deal." The economic cost of mental health disorders was estimated to be about \$7.3 billion in 1993. Four per cent of all general hospital admissions in 1999 were for mental health disorders.

I will not go over the prevalence of all the disorders, other than to say that 2 per cent of all deaths in Canada annually are due to suicide. Two per cent may not sound like a lot, until you see that 16 per cent of all deaths in those aged 25 to 44 are from suicide; 25 per cent of all deaths of those aged 15 to 24 are from suicide. No one in this room would be concerned about it, but males aged 65 and older are also at significantly increased risk of suicide.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit en ce jour à 16 heures pour examiner les questions soulevées par le dépôt, en octobre 2002, de son rapport final sur l'état du système de santé au Canada, ainsi que pour analyser les développements qui ont suivi. Le comité sera notamment autorisé à aborder les questions concernant la santé et la maladie mentales.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous allons maintenant commencer.

Nous avons quatre témoins. Nous entendrons un bref discours d'ouverture de la part de chacun d'eux. Leurs déclarations écrites complètes sont à la disposition des membres du comité.

M. Arnett est le chef du Département de santé psychologique clinique de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Je suis surpris, monsieur Arnett, que votre titre comporte le mot «psychologie» et non «psychiatrie». Vous pourriez me l'expliquer dans un moment.

Nous accueillons Mme Bronwyn Shoush, qui nous vient d'Edmonton, Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale de la côte Ouest et qui était auparavant de Winnipeg, et Mme Rena Scheffer de l'ancien Institut Clark, maintenant appelé le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Comme plusieurs d'entre vous se souviendront, le Dr David Goldbloom, qui était jusqu'à tout récemment le médecin en chef du Centre de toxicomanie et de santé mentale, est le conseiller spécial de ce comité.

Merci à tous d'être venus de tous les coins du pays.

**M. John Arnett, chef du Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine, Université du Manitoba:** La concision n'est pas un des vices auxquels je cède, mais j'essaierai d'être aussi concis que possible.

Le comité sait que 20 p. 100 des Canadiens feront face à un trouble de santé mentale à un certain moment de leur vie. Par conséquent, ce sujet est d'une grande importance. En 1993, le coût économique des troubles de santé mentale était évalué à environ 7,3 milliards de dollars. Quatre pour cent des admissions de tous les centres hospitaliers étaient, en 1999, reliées à des troubles de santé mentale.

Je n'insisterai pas sur la prévalence de l'ensemble de ces troubles; qu'il me suffise de mentionner qu'au Canada, chaque année, 2 p. 100 de tous les décès sont associés au suicide. Deux pour cent, ça ne semble peut-être pas beaucoup, mais sachez que 16 p. 100 des décès chez les personnes de 25 à 44 ans sont causés par le suicide et que ce nombre grimpe à 25 p. 100 chez les 15 à 24 ans. Personne dans cette pièce n'est visé par ces chiffres, mais les risques accroissent aussi de manière significative chez les hommes de 65 ans et plus.

A comprehensive study by the World Health Organization, the World Bank and Harvard University revealed that mental health disorders ranked second only to cardiovascular disorders in terms of the burden of illness that they place on people. Mental health problems also caused a greater number of years lost to premature death and years of life lived with disability than did all cancers. This brief run of statistics suggests that mental health is a significant problem that impacts on all Canadians, their families and their communities as a whole.

When we start to talk about stigmatization, we can start to talk about the partitioning of mental and physical health. This flows from René Descartes' philosophy of dualism — there is a mind and there is a body and they are separate and distinct. However, the point is that the development of mental hospitals, which ultimately came into being as distinct from general hospitals, probably contributed to the stigmatization of those with mental health disorders, in that mental hospitals were often located in the very remote parts of our country. That served to reinforce the notion that those with mental illnesses must be dangerous and somehow kept apart from those with other health disorders.

I will not go into the theories of causation with regard to mental health disorders, other than to say this: Dramatic developments in biology, genetics and imaging techniques sometimes so captivate our imagination that we are led to biological reductionism and an oversimplification of mental health problems by focusing only on biological aspects and brain images, forgetting that these disorders also occur within the context of a social environment and a psychological state of affairs. If you want to understand mental health disorders, you have to understand not only their biology, but also their sociology and psychology. Those must be integrated into one format if anything is going to make any sense.

It is clear that stigmatization has existed with regard to mental health problems since the recording of history. However, there are indications that stigmatization may be increasing rather than diminishing. That is a significant issue for us. We know that it prevents individuals from acknowledging to themselves their mental health problems, let alone to anyone else. People hide in the closet with these difficulties and do not seek appropriate treatment, in spite of the fact that appropriate treatment is available.

The U.S. Surgeon General issued the first-ever report on mental health in December 1999. It estimated that nearly half of all Americans who had a severe mental health disorder, and nearly two-thirds of those with a diagnosable mental health problem, did not seek treatment because of the fear of stigmatization.

Une étude approfondie menée par l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et l'Université Harvard a révélé que les troubles de santé mentale se classent au deuxième rang, tout juste derrière les troubles cardiovasculaires, en ce qui a trait au fardeau que cette maladie impose aux gens. Les problèmes mentaux sont aussi à l'origine d'un plus grand nombre d'années perdues à cause de morts prématurées et d'années de vie avec une incapacité que le sont tous les cancers réunis. Cette courte série de statistiques permet de voir que la santé mentale est un problème important qui touche tous les Canadiens, leurs familles et leur communauté.

Pour aborder le sujet de la stigmatisation, nous pouvons d'abord nous pencher sur la séparation de la santé physique et mentale. Cette façon de voir découle de la philosophie de dualisme de René Descartes — il y a l'esprit et il y a le corps et ils sont séparés et distincts. Toutefois, l'évolution des hôpitaux psychiatriques, qui sont, en bout de ligne, eux aussi devenus distincts des hôpitaux généraux, a probablement contribué à la stigmatisation des gens atteints de maladies mentales, puisque les hôpitaux psychiatriques étaient souvent situés dans des régions très éloignées du pays. L'idée que les personnes atteintes de maladies mentales étaient dangereuses et devaient être tenues d'une quelconque façon à l'écart des patients atteints d'autres troubles de santé a, par le fait même, été renforcée.

Je ne m'étendrai pas sur les théories de causalité en ce qui concerne les troubles de santé mentale, mais je dirai ceci: les progrès remarquables de la biologie, de la génétique et de la technique d'imagerie captivent parfois notre imagination au point qu'en ne nous préoccupant que des aspects biologiques et des images du cerveau, nous tendons vers le réductionnisme et la simplification exagérée. Nous oublions que ces troubles surviennent dans le contexte d'un environnement social et d'une situation psychologique. Pour comprendre les troubles de santé mentale, il faut comprendre non seulement leur biologie, mais aussi leur sociologie et leur psychologie. Ces éléments doivent être considérés comme un ensemble afin d'en obtenir une vision sensée.

La stigmatisation est très certainement un aspect récurrent des problèmes de santé mentale dans l'histoire. Il existe toutefois des indications voulant que la stigmatisation s'accroisse au lieu de diminuer. Ce problème est important pour nous. Nous savons qu'il empêche les individus de reconnaître leur problème de santé mentale alors, à plus forte raison, de l'avouer aux autres. Malgré le fait que des traitements adéquats soient disponibles, les gens se cachent avec leurs problèmes et ne cherchent pas les soins appropriés.

Le Surgeon General des États-Unis a publié le tout premier rapport sur la santé mentale en décembre 1999. On y évaluait que près de la moitié des Américains qui souffraient d'un trouble de santé mentale sévère, dont près des deux tiers souffrant d'un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué, ne cherchaient pas d'aide parce qu'ils avaient peur de la stigmatisation.



Many in this room remember the 1972 U.S. presidential election, when U.S. Senator Thomas Eagleton was chosen as a vice-presidential running mate to George McGovern. Senator Eagleton had to withdraw because he acknowledged that he had had nervous exhaustion and had received electric shock therapy for depression. This points to a stigmatization of mental disorders that crosses all occupational, social, cultural and economic boundaries. It is not restricted to just one segment of our society.

We know that stigmatization is characterized by bias, distrust, stereotyping and so on. It frequently reduces an individual's access to resources and opportunities for housing and jobs and ultimately leads to low self-esteem, isolation and hopelessness. There is no question that this occurs in many cases independently of the limitations that may be imposed by the mental health disorders themselves. In other words, stigmatization seems to have an independent capacity to do this.

We know that sensationalized media coverage of people like Andrea Yates, who drowned her children in a bathtub, contributes significantly to stigmatization. We also know that deinstitutionalization without proper community supports created ahead of time has caused many street people with many mental health problems to crop up in our cities, a situation which frightens and upsets the public. These sorts of events also contribute significantly to the stigmatization of those with mental health problems.

I mentioned before that stigmatization may be increasing rather than decreasing. Phelan and his colleagues in a 1997 report compared the public perceptions of mental health disorders in 1950 with those in 1996 and found that the social stigma of mental illness was stronger in 1996. The single most important factor contributing to this increase in stigmatization was the public's perception that people with mental health disorders are dangerous. In other words, they constitute a risk to their health and well-being.

Thirty-one per cent of those questioned in 1996 mentioned violence in their statements about those with mental illness, compared to only 13 per cent in 1950. In other words, stigmatization along the lines of violence has increased rather than decreased.

There is no simple solution to this problem, no simple way to make stigmatization disappear. The Phelan studies suggest that simple increased knowledge about mental health conditions is not enough. In fact, increased knowledge alone may make things worse. However, it is possible that articulating the risk associated with specific mental health disorders and under specific circumstances may be part of the solution to reducing stigmatization.

Clearly, finding more effective treatments for mental health disorders would also serve to reduce stigmatization. However, since stigmatization appears to be so strongly related to the public's perception of risk of violence from people with mental health problems, I tried to summarize the literature. As you can

Plusieurs personnes ici présentes se souviennent de l'élection présidentielle américaine de 1972, durant laquelle le sénateur américain Thomas Eagleton et George McGovern étaient colistiers à la vice-présidence. Le sénateur Eagleton a dû se retirer après avoir admis avoir souffert d'épuisement nerveux et avoir eu recours à des électrochocs comme thérapie contre sa dépression. Cet exemple illustre que la stigmatisation des troubles mentaux dépasse les frontières occupationnelles, sociales, culturelles et économiques. Ce n'est pas uniquement l'affaire d'une partie de la société.

Nous savons que la stigmatisation se caractérise par les préjugés, la méfiance, les stéréotypes, et cetera. L'accès des individus au logement et à l'emploi est fréquemment diminué, ce qui mène en bout de ligne à une faible estime de soi, à l'isolement et au désespoir. Il est évident que ce phénomène se produit dans plusieurs cas indépendamment des limitations qu'imposent en eux-mêmes les troubles de santé mentale. En d'autres termes, la stigmatisation semble avoir le pouvoir indépendant de créer de telles situations.

Nous savons que la couverture médiatique sensationnaliste de gens comme Andrea Yale, qui a noyé ses enfants dans le bain, contribue beaucoup à la stigmatisation. Nous savons également qu'à cause de la désinstitutionnalisation hâtive et sans un support adéquat de la communauté, plusieurs sans-abri souffrant de troubles mentaux abondent dans nos villes, ce qui effraie et contrarie le public. Des situations du genre contribuent énormément à la stigmatisation des gens souffrant de problèmes de santé mentale.

J'ai mentionné plus tôt que la stigmatisation semble s'empirer plutôt que s'améliorer. Dans un rapport publié en 1997, Phelan et ses collègues ont comparé la perception du public face aux maladies mentales en 1950 et en 1996, et ont découvert que les stigmates sociaux à l'égard de ces dernières étaient plus nombreux en 1996. Le facteur ayant contribué le plus à cette augmentation était la croyance des gens qu'une personne souffrant d'un trouble psychique est dangereuse. En d'autres termes, elle représente une menace pour leur santé et leur bien-être.

En 1996, 31 p. 100 des personnes sondées ont affirmé que les personnes atteintes de maladie mentale étaient violentes, alors qu'elles n'étaient que 13 p. 100 à le croire en 1950. En d'autres mots, la stigmatisation inspirée par la peur de la violence a augmenté plutôt que diminué.

Il n'existe pas de solution simple au problème, de méthode simple pour faire disparaître la stigmatisation. Les études de Phelan donnent à penser qu'une connaissance accrue des maladies mentales ne suffit pas. En fait, la connaissance accrue seule pourrait aggraver la situation. Toutefois, expliquer le risque associé à des troubles psychiques spécifiques et dans des circonstances précises pourrait faire partie de la solution pour réduire la stigmatisation.

Sans contredit, la découverte de traitements plus efficaces aiderait à réduire la stigmatisation. Puisque celle-ci semble être intimement liée à la perception publique de menace de violence que représentent les personnes atteintes, j'ai tenté de résumer la documentation existante. Comme vous pouvez l'imaginer, dans



imagine, in any complex literature, there is no uniformity of agreement. Some studies conflict with others, but there are some important conclusions to be drawn.

Researcher John Monahan estimated in 1996 that in the United States, approximately 3 per cent of violence is attributable to those with mental health problems.

What he concluded, therefore, is that if you could cure all of the mental maladies tomorrow, 97 per cent of the violence would remain. In other words, the risk of violence to the general public from those with mental health disorders is quite small and does not correspond to the public's apparent perception of the risk, which leads to an increase in stigmatization.

Although this statement is true, there does appear to be some increased risk of violence from those with mental illnesses. It is wise to acknowledge that. This occurs particularly with those with severe mental illness and is magnified significantly when the individuals are also substance abusers. Monahan found that there was no increased risk of violence in schizophrenics when compared to the base rate of the community unless they were experiencing active psychotic symptoms, and particularly if they were also abusing drugs.

Swanson identified certain symptoms that increased the risk that people with mental illness would act in a violent manner toward others. These psychotic symptoms included delusional beliefs that others were controlling how they moved or thought, against their will; that others were plotting against them, or trying to hurt or poison them; that others were able to insert thoughts directly into their minds or steal their thoughts; and that they were being followed. Those were the psychotic symptoms that increased the risk, and in combination with major mental illness and substance abuse, are the factors that likely lead to an increase in violence, which is what people are afraid of and which leads to stigmatization in significant measure.

Those with anxiety disorders showed no increase in any risk factor with respect to public well-being. Those with affective disorders or depression showed only a very mild increase in risk.

I will not go into all the conditions that might create risk. However, psychotic symptoms of the kind that I have mentioned, substance abuse and major mental health disorders are risk factors.

The position paper by the American Psychiatric Association in 1998 reiterated the point that the vast majority of violent behaviour is caused by people without mental illness. Those most at risk when there is violence are family members. The general public has a relatively low risk. It also points out that people with mental illnesses are themselves at significantly increased risk from harm from others who may fear them and, therefore, react toward them in inappropriate ways, and also from self-harm.

toute documentation complexe, on ne retrouve pas d'accord unanime. Certaines études entrent en contradiction avec d'autres, mais on peut en tirer quelques conclusions importantes.

En 1996, le chercheur américain John Monahan a établi qu'environ 3 p. 100 des actes de violence était attribuable à des personnes atteintes d'un trouble psychique.

Par conséquent, il a conclu qu'en guérissant toutes les maladies mentales demain, 97 p. 100 des cas de violence se produirait. En d'autres mots, le risque de violence encouru par le public au contact de gens au psychisme troublé est faible et apparemment ne correspond pas à l'idée que le public se fait, ce qui mène à l'accroissement de la stigmatisation.

Bien que la dernière affirmation est vraie, les risques de gestes violents de la part de gens au psychisme troublé semblent être plus élevés. Il est sage de le reconnaître. Ces gestes se produisent particulièrement dans les cas de maladie mentale grave et encore davantage lorsque la maladie grave est accompagnée d'une toxicomanie. Le Dr Monahan a découvert que le risque de violence chez les schizophrènes était comparable à la moyenne de la société, sauf si ces derniers présentaient des symptômes de psychose active et encore plus s'ils étaient touchés par une toxicomanie.

Le professeur Swanson a identifié certains symptômes pouvant présenter un risque progressif qu'une personne au psychisme troublé pose un geste violent contre les autres. Parmi ces symptômes, il y a la croyance délirante que les autres contrôlent ses mouvements ou sa pensée contre son gré, que les autres complotent contre elle ou essaient de la blesser ou de l'empoisonner, que les autres peuvent mettre des pensées directement dans son esprit ou les lui voler et qu'elle est suivie. Ces symptômes psychotiques augmentent le risque et, lorsqu'ils sont associés à une maladie mentale grave et à la toxicomanie, présentent des facteurs de risque accru de violence, ce qui effraie la population et l'incite notablement à stigmatiser.

Les personnes souffrant d'anxiété ne présentent aucune augmentation d'aucun facteur de risque envers le public. L'augmentation du risque attribuée aux personnes souffrant de troubles affectifs ou de dépression est très légère.

Je ne parlerai pas de toutes conditions pouvant présenter un risque. Cependant, les symptômes psychotiques que j'ai mentionnés, la toxicomanie et la maladie mentale grave constituent des facteurs de risque.

En 1998, l'association américaine de psychiatrie a réitéré, dans sa déclaration de principe, l'argument selon lequel la grande majorité des comportements violents sont l'œuvre de personnes saines d'esprit. Les membres de la famille sont les personnes les plus à risque de violence. Le grand public court un risque relativement faible. La déclaration souligne aussi que les personnes atteintes d'une maladie mentale courent un risque notable d'être blessées par ceux qui en ont peur et qui, par conséquent, peuvent réagir de façon inappropriée, et de se blesser eux-mêmes par automutilation.



In terms of reducing stigma, public information campaigns that seek to identify those risk factors that do increase violent potential or risk may be useful.

The last point, which will take some time to develop, is that, in part, stigmatization results as a function of the system of mental health care that has developed in Canada over the years. The present system is largely based on the biomedical illness model of mental health disorders, which we know is increasingly focused around pharmaceutical treatments.

My issue is not with the biomedical model, which has been very useful. My issue is more with that model as it relates to these particular conditions. We see drug costs now that exceed physician billings, and we know that there has been an increase in pharmaceuticals. I have seen the same people come in the door, get into a bed, get out of a bed, go out of the door and then come back. We have a revolving door system. I am not sure that employing the sickness model has worked particularly well, or that overly medicalizing some of these problems has worked very well either.

Internist and physician Dr. George Engel first proposed another model, which he called the bio-psycho-social model, with respect to mental health disorders, and maybe health disorders more generally, in 1977 in an article in *Science*. This is powerful because, in contrast to the biomedical model, which focuses almost exclusively on biology, Engel's model focuses on biology, sociology and the psychology of health. This is a powerful model for moving forward with advances in mental health, and will fit in with the testimony of some of the other presenters.

The biomedical model in mental health has focused a great deal of our resources on hospital-based care, which is expensive because it needs to be provided 24/7 and in shifts. Often, too little money has been left available for community services. The biomedical model is well entrenched. It has many influential and powerful special interests and a paradigm shift to anything that approached the bio-psycho-social model would not be easy.

On the other hand, I think our present situation is a significant one that distorts the breadth of clinical services that are available to individuals with mental health disorders. We need a rebalancing of the relative distribution of resources between services based on the biomedical model, which is useful, particularly in acute psychotic conditions, and the bio-psycho-social model.

The importance underlying these models is more than theoretical. The model that you implicitly use to examine a patient significantly influences both what you see and what you do. It is not just a theoretical model in some academic's mind that does not make any difference. It does make a difference.

**The Chairman:** We will have lots of questions. Next we have Bronwyn Shoush, a board member with the Institute of Aboriginal Peoples' Health based in Edmonton.

Des campagnes de sensibilisation visant à identifier les facteurs de risque qui accroissent le degré de violence pourraient s'avérer utiles pour réduire les stigmates.

Le dernier élément sur lequel je vais me pencher brièvement est le fait que la stigmatisation résulte en partie du fonctionnement du système de soins de santé mentale mis sur pied au Canada au cours des ans. Le système actuel repose largement sur le modèle biomédical des troubles de santé mentale, modèle étant, comme nous le savons, grandement axé sur les traitements pharmaceutiques.

Ma réserve ne concerne pas le modèle biomédical, car il s'est avéré très utile. Elle a plus à voir avec la façon par laquelle ce dernier entre en relation avec ces conditions particulières. Nous voyons maintenant les coûts des médicaments excéder ceux de la facturation par les médecins et nous savons qu'il y a eu une augmentation de prix des médicaments. J'ai vu les mêmes personnes entrer par une porte, se coucher dans un lit, se relever, sortir par la même porte, puis revenir. Notre système connaît un problème de va-et-vient. Je doute que l'utilisation du modèle axé sur la maladie ou de la médicalisation à outrance de certains de ces problèmes ait bien fonctionné.

En 1977, dans un article du magazine *Science*, le médecin interniste George Engel a été le premier à proposer le modèle biopsychosocial s'appliquant aux troubles de santé mentale et possiblement aussi aux troubles de santé en général. Le modèle d'Engel est plus efficace que le modèle biomédical qui se concentre presque exclusivement sur la biologie, parce qu'il tient compte de la biologie, de la sociologie et de la psychologie de la santé. Ce modèle rigoureux permettra une nouvelle lancée des progrès en santé mentale et concordera avec le témoignage de certains autres représentants.

Le modèle biomédical en santé mentale a axé une grande partie des ressources sur les soins hospitaliers qui coûtent cher puisque qu'ils doivent être offerts jours et nuit, et tous les jours. Souvent, trop peu d'argent était attribué aux services communautaires. Le modèle biomédical est bien ancré. Il profite à plusieurs intérêts puissants et influents, et un changement de paradigme vers quoi que ce soit qui ressemblerait au modèle biopsychosocial serait difficile.

D'autre part, je crois que la situation actuelle déforme de façon notable l'étendue des services cliniques offerts aux personnes souffrant d'une maladie mentale. Nous devons rééquilibrer la distribution relative des ressources entre les services axés sur le modèle biomédical, qui sont utiles, particulièrement dans les cas de psychose grave, et le modèle biopsychosocial.

L'importance sous-jacente de ces modèles est plus que théorique. Le modèle utilisé implicitement pour examiner un patient influence de façon marquante à la fois ce qui est vu et ce qui est fait. Il ne s'agit pas seulement ici d'un modèle théorique issu de l'esprit d'un universitaire et qui n'a aucun impact. Le nouveau modèle change des choses.

**Le président:** Nous aurons beaucoup de questions. Nous entendrons ensuite Bronwyn Shoush, membre du conseil de l'Institut de la santé des Autochtones d'Edmonton.



**Ms. Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health, Canadian Institutes of Health Research:** I think that the subject of mental health, and stigma in particular, which you are addressing today, is a very important one. I was introduced as a member of the board of the Institute of Aboriginal Peoples' Health. That is one of the Canadian Institutes of Health Research's boards. Our scientific director, Dr. Reading, who is located at the University of Toronto, will be submitting a paper to you on behalf of the institute in due course, I believe by the end of the month.

I would like to say I am here as a layperson. I am a lawyer and the Director of Aboriginal Justice Initiatives for the Alberta Department of Justice and Solicitor General. I have a very good job. It takes me to Aboriginal communities throughout the province, both First Nations and Metis communities.

We know that in these communities, and the same is true throughout Canada, mental health issues are a serious concern. The ways in which they have been addressed on behalf of Aboriginal people have not worked well.

One of the results is that Aboriginal people are significantly over-represented in the criminal justice system and in the child welfare system.

Aboriginal people have a significantly worse well-being and health status than other Canadians.

We have heard from community members that that status will not change until we are able to focus on those communities rather than on individuals.

That speaks to Mr. Arnett's comment on the medical model, which tends to look at the physical person who needs to have something done to turn his or her health around.

In Aboriginal communities, we have heard that we need a holistic approach to health, including mental health. You will not help the person if you are not able to address the four components of health.

I refer to the physical, psychological, mental and spiritual aspects. If any one of those is out of focus, the person will not be well. At least for Aboriginal communities, the focus only on the physical has left many people in some trouble as far as stigmatization is concerned.

I have read the paper that identifies stigma. I would like to add that stigma might be seen as a veil over a person that prevents others from focusing on that person. There needs to be a way to lift that veil and take a look at the person and not see only things that are different about him or her. This is true whether a person looks different because of race, a mental condition or some other disability. When you only see that, you do not see what contributions the person could make to the community.

I have some personal experience in my own family with my daughter. Many people would think that she has mental disabilities. However, I know she does not feel she has. She has spastic cerebral palsy and has been identified as having about a

**Mme Bronwyn Shoush, membre du comité de l'Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada:** Je crois que le sujet abordé aujourd'hui, la santé mentale et les stigmates en particulier, est très important. On m'a présentée à titre de membre du conseil de l'Institut de la santé des Autochtones. Cet institut fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada. Notre directeur scientifique, le Dr Reading, qui travaille depuis l'Université de Toronto, vous soumettra un document au nom de notre institut au moment opportun, d'ici la fin du mois selon moi.

Je voudrais mentionner que je suis ici en tant que profane. Je suis avocate et directrice des stratégies en matière de justice applicable aux Autochtones pour le ministère de la Justice et le solliciteur général de l'Alberta. J'ai un très bon emploi qui me permet de visiter les communautés autochtones des Premières nations et les communautés métisses de toute la province.

Nous savons que les problèmes de santé mentale sont une préoccupation importante dans ces communautés, comme ils le sont partout au Canada. Les moyens utilisés pour aborder ces problèmes chez les peuples autochtones n'ont pas bien fonctionné.

Une des conséquences de cette situation est la sur-représentation des peuples autochtones dans le système de justice pénal et dans les organismes de protection de la jeunesse.

Le bien-être et l'état de santé des peuples autochtones laissent beaucoup plus à désirer que ceux des autres Canadiens.

Les membres des communautés nous ont indiqué que cet état ne s'améliorerait pas tant que nous ne pourrions pas nous concentrer sur les communautés plutôt que sur les individus.

Cette idée rappelle le commentaire de M. Arnett à l'effet que le modèle médical tend à se contenter de voir la personne physique qui a besoin qu'on pose un geste pour retrouver sa santé.

Dans les communautés autochtones, on nous a dit qu'il faut adopter un point de vue global en santé, tout comme en santé mentale. Il est impossible d'aider une personne si on n'aborde pas les quatre composantes de la santé.

Ici, je fais référence aux aspects physique, psychologique, mental et spirituel. Si un de ces aspects est mis de côté, la personne ne peut pas se sentir bien. La focalisation sur l'aspect physique a laissé plusieurs personnes face à des problèmes de stigmatisation, du moins dans les communautés autochtones.

J'ai pris connaissance du document dans lequel les stigmates sont identifiés. Je voudrais ajouter que les stigmates peuvent être comparés à un voile couvrant le visage d'une personne et empêchant les gens de se concentrer sur elle. Nous devons trouver un moyen de lever ce voile, de regarder la personne et de ne pas voir seulement ses différences, peu importe que ce soit sa race, son état mental ou toute autre déficience. En n'observant que les différences, il est impossible de voir la contribution que cette personne pourrait apporter à la communauté.

Je vis cette situation dans ma propre famille, avec ma fille. Plusieurs personnes pourraient croire qu'elle est atteinte de déficience mentale. Cependant, elle-même n'en a pas l'impression. Elle est atteinte de paralysie cérébrale spastique et



grade-3 school status. She has been able to live and function very well for 25 years with that condition. She also has diabetes. She does not look upon herself as a person with a disability or a person with diabetes. She feels that she is ordinary in every way. In looking at my family, I have to say that her health status is the best of anyone among us. She seems to be well, despite the conditions with which she has to live.

In terms of stigma, the community might look at her and think that there are limits to how she can contribute to or participate in society, because the first thing you might notice about her are the conditions that I have just mentioned.

Those are some of the myths and the realities.

We have heard about a bio-psycho-social model. I would like to stretch that a little further to say that a holistic approach to mental illness, for Aboriginal people, at least — and it might work well for other people — would be to take a look at the social determinants that might assist them to live better lives. If homelessness were an issue, then it would need to be addressed. Perhaps appropriate schooling or recreational opportunities would be helpful, instead of always focusing on a person's single issue.

Aboriginal people like to take traditional approaches to wellness in communities. Historically, Aboriginal people did not look at persons with mental illnesses or conditions as something detrimental, but rather as a gift to the community. They were seen as people with extraordinary skills and gifts who were closer to the creator. In that regard, I wish to refer to a book that received a Nobel Prize. It is by an author from Japan who wrote about personal matters concerning his son, who had a disability. He was encouraged to leave well enough alone and not think that the child would go on to accomplish anything. In fact, this young man is a savant and now a renowned conductor of music.

You can see that Aboriginal people and others have different "world views" on mental conditions, and what can be seen as gifts as opposed to challenges or illnesses.

I wish to speak briefly about a legal model of which I understand you have heard something. I am lawyer. However, I would not suggest to you that a legal model or legislation is the best way to put in place support systems for persons dealing with stigma. We should not look to promote litigation or that kind of activity because it does not work well. We need to find ways to get people in communities to know each other and to identify each other as part of the same community. They should be seen as people who have something to add to the community rather than adopting an us-and-them litigation model. That would look to problem-solving methods in Aboriginal communities and others.

aurait l'équivalent scolaire d'une troisième année. Elle vit et fonctionne bien avec cette maladie depuis 25 ans. Elle est aussi diabétique. Elle ne se voit pas comme une personne souffrant d'une déficience ou du diabète. Elle se considère normale en tout point. En comparaison avec les autres membres de ma famille, c'est elle qui a le meilleur état de santé. Elle semble bien se porter malgré ses conditions de vie.

En fonction des stigmates, la communauté pourrait la regarder et penser que sa contribution et sa participation dans la société ne peuvent être que limitées parce que les premières choses que les gens remarquent sont les aspects que j'ai mentionnés.

Ces situations font partie des mythes et des réalités.

Nous avons entendu parler du modèle biopsychosocial. Je voudrais en discuter davantage: un examen des facteurs sociaux déterminants pouvant aider les personnes atteintes de maladies mentales à mieux vivre constituerait une approche globale intéressante pour le peuple autochtone et peut-être aussi pour d'autres personnes. Si l'itinérance était un problème, il devrait alors être abordé. Au lieu de toujours se concentrer sur l'unique problème d'une personne, peut-être que des possibilités d'éducation et de divertissement appropriées pourraient aider.

Les peuples autochtones sont portés à lier les approches traditionnelles au bien-être des communautés. À travers l'histoire, les Autochtones n'ont pas considéré nuisibles les personnes souffrant de troubles mentaux, mais plutôt comme un présent à la communauté. Elles étaient perçues comme possédant des talents et des dons extraordinaires et comme étant rapprochées du créateur. Je voudrais, à cet effet, faire référence à un livre qui a reçu un prix Nobel. L'auteur japonais a écrit sur ses préoccupations personnelles en ce qui concerne son fils atteint d'une déficience. On l'avait encouragé à ne pas faire d'efforts importants pour changer la situation et à ne pas croire que son enfant accomplirait quoi que ce soit. En fait, ce jeune homme est un idiot savant et est maintenant un chef d'orchestre réputé.

Vous pouvez remarquer que le peuple autochtone a une «vision du monde» différente des autres peuples en ce qui concerne les troubles mentaux; ils préfèrent voir ces derniers comme des dons plutôt que comme des épreuves ou des maladies.

Je voudrais maintenant vous entretenir brièvement d'un modèle juridique dont, je suis certaine, vous avez déjà entendu parler. Je suis avocate. Cependant, je ne crois pas qu'un modèle juridique ou une législation soit le meilleur moyen de mettre sur pied des systèmes de soutien aux personnes ayant à vivre avec les stigmates. Nous ne devrions pas nous tourner vers la promotion de contentieux ou de processus du genre parce qu'ils ne fonctionnent pas bien. Nous devons trouver des façons pour que les gens d'une même communauté apprennent à se connaître et à se considérer des membres d'une même communauté. Ils doivent être perçus comme des individus pouvant participer à la

It would include mediation, Aboriginal peacemaking and talking and wellness circles. People would have a way to be part of the community.

I wish to identify one area of law that I think has had a significantly negative impact in the mental health area and on stigma in particular. I refer to privacy legislation. Privacy legislation is seen, at least in Aboriginal communities, and I believe it is true elsewhere, to be a detriment and to promote secrecy concerning health matters. It is seen as not allowing people to discuss matters and feel that they are a normal part of the human condition. It does not allow people who might be able to offer supports to do that in a timely way. I see this as true in the work that I am doing, where people are facing a mental health challenge episode and the first person of contact might be from the RCMP or other police force. Health care providers have no right to share information that might alert the police to the fact that this person has a certain condition, and if approached in a certain way there might be a better result.

I consider privacy legislation to be an ethics issue that should be on the table. I would be interested in providing you with further information on it if you would like. This would also look at the forensic side of mental health.

I would like to close with a suggestion that the medical model has not worked well insofar as it has left the primary care of persons off the table. Rather than being proactive, we have taken a reactive approach by bringing persons into care in hospitals. One of the ways we might be able to improve the health care system would be to have public population health approaches in mental health, as well as in other areas of health. I know it is a serious issue now with SARS. We know that public health and population-based health needs some attention. It would probably work well in the mental health area as well.

**The Chairman:** Three years ago, this committee dealt with Bill C-6, which was a privacy legislation bill, although not related to health. We reached the conclusion that the bill would cause all kinds of problems in the health care sector. Over the objections of the government, we amended the bill. That amendment stuck. I am intrigued by your comment. It is counter to the views of the privacy zealots, and therefore an interesting observation.

Next, we will hear from Ms. Nancy Hall from Vancouver.

communauté plutôt que d'adopter le modèle litigieux «nous et eux». Pour ce faire, nous devons pouvoir compter sur des méthodes de résolution de problèmes dans les communautés autochtones ainsi que dans les autres communautés. La médiation, le rétablissement de la paix autochtone et des cercles de discussion et de mieux-être pourraient faire partie de ces méthodes. Les gens bénéficieraient ainsi d'un moyen de faire partie de la communauté.

Je voudrais mettre l'accent sur un domaine du droit qui, à mon avis, a eu un impact négatif sur le domaine de la santé mentale et sur les stigmates en particulier. Je fais référence à la législation relative à la protection de la vie privée. La législation est perçue, du moins par les communautés autochtones, mais aussi d'ailleurs selon moi, comme un désavantage. Elle préconise la confidentialité quand il est question de santé et les gens ont l'impression qu'elle les empêche de discuter des problèmes et de se voir comme des membres normaux de l'humanité. Les intervenants qui pourraient offrir un soutien ne peuvent le faire en temps opportun. Je peux confirmer des situations dans ma pratique, où des personnes en proie à un épisode psychotique seront d'abord en contact avec la GRC ou une autre force policière. Les fournisseurs de soins de santé n'ont pas le droit de partager l'information qui permettrait au corps de police d'être avisé de la condition de la personne et de l'aborder d'une façon plus probante.

Je considère que la question de la législation relative à la protection de la vie privée concerne l'éthique et devrait faire l'objet de discussions. J'aimerais vous fournir plus d'information à ce sujet, si vous le désirez. Vous y trouveriez également de l'information sur le côté juridique de la santé mentale.

Je terminerais en déclarant que le modèle médical n'a pas bien fonctionné jusqu'à présent parce qu'il mit de côté les soins primaires aux personnes. Au lieu d'être proactifs, nous avons choisi une méthode réactive en amenant les gens à se faire soigner dans les hôpitaux. Un des moyens d'améliorer le système serait de faire publiquement la lumière sur la santé mentale de la population, tout comme dans les autres secteurs de la santé. Je sais que, pour l'instant, c'est une préoccupation importante avec le SRAS. Nous savons qu'il faut porter attention à la santé publique et à la santé communautaire. Les résultats seraient probablement intéressants dans le domaine de la santé mentale.

**Le président:** Il y a trois ans, ce comité a eu à traiter du projet de loi C-6 portant sur la protection de la vie privée sans faire de lien avec le domaine de la santé. Nous sommes arrivés à la conclusion que ce projet de loi entraînerait toutes sortes de problèmes dans le secteur des soins de santé. À la suite des objections du gouvernement, nous avons modifié le projet de loi. Les modifications ont stagné. Votre commentaire m'intrigue. Il va à l'encontre de l'opinion des zélotes de la protection de la vie privée et constitue, par le fait même, une observation intéressante.

Nous entendrons maintenant Mme Nancy Hall, de Vancouver.



**Ms. Nancy Hall, Mental Health Consultant, As an individual:** I speak to you as a sister of a man who lives with serious and persistent mental illness, as well as a health policy consultant. My lived experience will no doubt surface in what I have to say to you today.

Currently, I am working as a consultant with the Interim Authority for Community Living in British Columbia. As such, I work with people who have developmental disabilities, taking into account their mental health needs. I am also working with the Department of Psychiatry at the University of British Columbia.

The ideas that I present here today are coloured by having been the first Mental Health Advocate in British Columbia from 1998 to 2001. I held that position until the Liberal government closed that office.

I understand that the committee is very interested in the subject of discrimination. I followed the testimony of others given here.

I come from the school that calls it what it is, which is discrimination. In any of the other disability organizations in which I am involved, they do not use the word "stigma." It is a polite term. They use the word "discrimination." To me, discrimination is when someone with a mental illness is systematically treated differently from someone who does not have a mental illness.

As the Mental Health Advocate, I wrote reports to government, including one entitled "Pump Up The Volume," in which I said that things are in chaos, but I am trying to be positive. The second report was entitled "Growing The Problem," because, I told them, it is still chaos and you had better start doing something else.

In those reports I described the problems of discrimination reported to me by over 2,000 British Columbians. I heard discrimination stories about living with their families and the diagnosis of mental illness. The perspective was always from those living with the experience. I would be pleased to submit those documents to the committee as evidence.

In analyzing people's experiences and giving advice to government about how to address issues, I divided the experiences of discrimination into challenges to people's rights in the areas of legal, therapeutic and social issues.

I will talk briefly about discrimination in legal rights. People with mental illness regularly have their rights as citizens taken away. Many health care administrators, when I speak about the need for a bill of rights for patients in the mental health system, do not understand that mental health patients are the only people who come into the health care system who can be treated against

**Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale, témoignage à titre personnel:** Je m'adresse à vous à la fois en tant que sœur d'un homme qui vit avec une maladie mentale persistante et grave et en tant que conseillère en matière de santé. Mon expérience personnelle fera sans doute surface au cours de ma présentation aujourd'hui.

Je travaille actuellement comme conseillère pour la Commission provisoire d'intégration communautaire de la Colombie-Britannique. À ce titre, je travaille avec des personnes ayant des déficiences développementales en tenant compte de leurs besoins en santé mentale. Je travaille également pour le Département de psychiatrie de l'Université de Colombie-Britannique.

Les idées que je vous présente aujourd'hui sont teintées du fait que j'ai été, de 1998 à 2001, la première avocate en santé mentale en Colombie-Britannique. J'ai occupé cette fonction jusqu'à ce que le gouvernement libéral abolisse le poste.

Je vois que le comité s'intéresse beaucoup à l'aspect «discrimination». J'ai écouté les témoignages des représentants qui m'ont précédé.

Je suis de l'école qui appelle les choses par leur nom et on parle bien de discrimination. Dans toutes les autres organisations de déficience auxquelles je participe, on n'utilise pas le mot «stigmaté» qui est le terme poli utilisé pour désigner la «discrimination». Quand une personne souffrant d'une maladie mentale est systématiquement traitée de façon différente, c'est de la discrimination à mes yeux.

À titre d'avocate en santé mentale, j'ai déposé des rapports au gouvernement, l'un d'entre eux était intitulé «Augmentez le volume» et j'y indiquais que la situation était chaotique, tout en essayant de rester positive. Le deuxième rapport avait pour titre «Cultiver le problème» parce que la situation était toujours chaotique et que le gouvernement se devait de prendre des mesures.

J'ai décrit dans ces rapports les problèmes de discrimination qui m'avaient été rapportés par plus de 2 000 Britannico-Colombiens. J'ai écouté leurs histoires de discrimination reliées à leur milieu familial et au diagnostic de maladie mentale. Le point de vue venait toujours de ceux qui vivent ces situations. C'est avec plaisir que je soumettrai ces documents au comité comme éléments de preuve.

En analysant les expériences des gens et en conseillant le gouvernement sur la façon d'aborder les problèmes, nous avons divisé les expériences de discrimination en défis concernant les droits de la personne dans les domaines juridique, thérapeutique et social.

Nous aborderons brièvement la discrimination concernant les droits juridiques. Les personnes atteintes d'une maladie mentale se voient enlever régulièrement leurs droits de simples citoyens. Plusieurs administrateurs des soins de santé, lorsque nous leur parlons du besoin d'un projet de loi sur les droits des prestataires de soins de santé mentale, ne comprennent pas que ces derniers

their will. Indeed, the Supreme Court is currently hearing a case on this particular issue.

While I am not here today to discuss this issue, I will say that people with mental illness who have rights taken away are treated poorly in parts of the country. Currently, New Brunswick, Quebec, Alberta and Ontario, although it is changing with the devolution of the provincial psychiatric hospitals, are the only provinces that provide advocates to people who are involuntarily detained under the mental health acts. Not only are people badly treated, but due process is not often followed.

In British Columbia, as in many provinces, there is a Mental Health Act that sets aside the rights of patients and due process. In 1998, 150 people in our province detained under the act had to go to a review panel to address the fact that their rights were not represented, despite the fact that the Mental Health Act says that you are supposed to have someone along to help you.

This is just the tip of the iceberg. The committee might want to know how many people are detained. When I tried to find that out, 40 per cent of the hospitals in our province were not reporting those statistics.

I hope things are better, but since the closure of the advocate's office there has been no reporting of outcome on these critical issues. There is no public or mandatory reporting on other restrictive procedures such as electroshock therapy or the use of restraints, as in other jurisdictions.

The disturbing thing in the legal area was that so many people with mental illness are untreated. They run into trouble with the law and end up in the criminal justice system. In our province, the former director of corrections and mental health services said that 15 per cent of the people in British Columbia correctional institutions have a diagnosis of a serious mental disorder. Another 27 per cent met the criteria of the diagnosis.

By failing our people in the sick care system, we are transiting them to the justice system. While they are there, they are horribly discriminated against. It is simply not fair or right.

People are held in pre-trial situations twice as long because they are not considered fit to stand trial. Once people have heard and received their charge, they are frequently so disordered that they are unable to follow through with conditions of parole. They may have had two or three breaches of parole. They not only need to see physicians, nurses or support workers, but also a parole officer.

sont les seuls à entrer dans le système et qui peuvent être traités contre leur volonté. D'ailleurs, la Cour suprême instruit actuellement une affaire sur cet enjeu spécifique.

Bien que nous ne sommes pas ici pour discuter de cet enjeu, nous devons dire que les personnes souffrant d'une maladie mentale qui se voient enlever leurs droits sont traitées de façon déplorable dans certaines régions du pays. En ce moment, même si la situation change grâce au transfert des responsabilités dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et l'Ontario sont les seules provinces qui fournissent des avocats aux personnes qui sont détenues contre leur volonté en vertu des lois sur la santé mentale. Non seulement les gens sont traités de façon déplorable, mais la procédure établie est souvent contournée.

En Colombie-Britannique, comme dans plusieurs provinces, une loi sur la santé mentale en vigueur annule les droits des patients et invalide la procédure établie. En 1998, 150 personnes dans notre province détenue en vertu de la loi ont dû se présenter devant un comité de révision pour régler des situations où leurs droits n'étaient pas respectés, malgré le fait que la Loi sur la santé mentale stipule qu'une personne atteinte d'une maladie mentale est supposée être accompagnée et aidée de quelqu'un.

Il ne s'agit que du sommet de l'iceberg. Le comité serait peut-être intéressé à savoir combien de personnes sont détenues. Malheureusement, lorsque nous avons essayé de le découvrir, nous avons appris que 40 p. 100 des hôpitaux de notre province ne faisaient pas rapport de ces statistiques.

Nous espérons que la situation s'est améliorée, mais depuis la fermeture du bureau de l'avocat, il n'y a eu de rapport de résultat sur ces questions critiques. Nul n'est tenu de rendre compte sur des procédures restrictives telle que l'électroconvulsothérapie ou l'utilisation de moyens de contention, comme dans d'autres provinces.

Ce qui dérange dans l'aspect juridique de la problématique est le fait que tant de gens souffrant d'une maladie mentale ne sont pas traités. Ils enfreignent la loi et aboutissent dans le système de justice criminelle. Dans notre province, l'ancien directeur du Service sur les questions correctionnelles et la santé mentale a affirmé que 15 p. 100 des détenus en Colombie-Britannique ont été diagnostiqués d'un désordre mental grave. Un 27 p. 100 additionnel répondaient aux critères de diagnostic.

En laissant tomber nos gens dans le système de soins de santé, nous les transférons dans le système juridique. Pendant qu'ils s'y trouvent, ils subissent énormément de discrimination. C'est simplement injuste et incorrect.

Ces gens sont détenus avant procès deux fois plus longtemps que les autres, parce qu'ils sont considérés inaptes à subir un procès. Lorsque la justice a entendu et instruit leur cause, ils sont souvent tellement confus qu'ils sont incapables de respecter les conditions de leur libération conditionnelle. Ils peuvent avoir déjà enfreint deux ou trois fois de telles conditions. Non seulement ils ont besoin de consulter des médecins, des infirmières, ou des travailleurs de soutien, mais aussi un agent de libération conditionnelle.



People with mental health disabilities are treated systematically differently. They are discriminated against in the justice system because of their disability.

We need therapeutic approaches to treating people with disability who fall into trouble with the law. Public order and public safety would be served by a different approach. Many U.S. jurisdictions have developed mental health courts. In New Brunswick and Toronto, they have developed a new approach. The person receives treatment rather than jail time.

I want to move on to discrimination against people's rights to health care. It is important for honourable senators to understand that just as individuals experience discrimination in the day-to-day process of care by being slighted and told unkind things, so is there an organizational discrimination within the health care system.

Governments at all levels respond systematically differently to the needs of people with mental illness. People respond systematically differently to the needs of people with mental illness compared to the needs of people with physical health disabilities.

Let me explain. Someone with chest pains comes to emergency. Trained staff members examine him. Should he have a cardiac arrest, a "code red" is called. Individuals who have annual certification in cardiopulmonary resuscitation are called to attend. People are supported while recovering in whatever intensity of care they require.

Someone with a mental illness comes to emergency in a psychotic crisis. More often than not, the person who brings the individual to emergency is a police officer who has no training.

I have done much work with the RCMP and other police in order that they might better and more sensitively respond so that the crisis is not escalated. I agree with some of the issues that Ms. Shoush raised in relation to exchange of information.

I return to my person in emergency. It is rare that anyone is trained to work with this person in an appropriate way because emergency is staffed with medical/surgical nurses. That which is done usually elicits a flight-or-fight response. The person may lash out, and a "code white" is called.

That does not mean "a person with mental health issues." It means "problem patient." The code white team is not composed of people with training in non-violent crisis intervention. That team is usually the security guards or the kitchen staff. In most cases, their job is to wrestle the person to the ground.

Les personnes atteintes de troubles du psychisme sont traitées différemment de façon systématique. Elles sont victimes de discrimination dans le système juridique à cause de leur trouble.

Nous devons adopter des approches thérapeutiques pour traiter les gens atteints d'un handicap se retrouvant dans le pétrin avec la loi. L'ordre public et la sécurité du public bénéficieraient d'une approche différente. Plusieurs États américains ont mis sur pieds des cours pour les cas mettant en cause des personnes atteintes d'un désordre mental. Au Nouveau-Brunswick et à Toronto, on a élaboré une nouvelle approche. La personne reçoit un traitement plutôt qu'une période de détention.

Nous aborderons maintenant l'aspect de discrimination envers le droit de la personne à recevoir des soins de santé. Nous considérons important que les sénateurs comprennent que non seulement des individus subissent de la discrimination au cours du processus de soins quotidiens en se faisant mépriser et insulter, mais aussi que l'organisation même du système de soins de santé est discriminatoire.

Les gouvernements à tous les niveaux répondent différemment de façon systématique aux besoins des gens souffrant d'une maladie mentale. Les gens répondent différemment de façon systématique aux besoins des gens souffrant d'une maladie mentale comparativement aux besoins des personnes atteintes d'un handicap physique.

Nous nous expliquons. Une personne éprouvant une douleur à la poitrine arrive à l'urgence. Des membres formés du personnel l'examinent. S'il avait un arrêt cardiaque, un «code rouge» est prévu. Les personnes formées tous les ans pour effectuer la réanimation cardiorespiratoire sont appelées sur place. La personne est soutenue pendant sa guérison quel que soit le niveau de soin qu'elle requiert.

Un individu atteint d'un trouble psychique arrive à l'urgence en état de crise. Souvent, la personne qui l'amène à l'urgence est un policier qui n'a reçu aucune formation.

Nous avons longtemps travaillé avec la GRC et d'autres forces policières de façon à leur permettre de réagir sans faire aggraver la crise. Nous sommes d'accord avec certains aspects soulevés par Mme Shoush en ce qui concerne l'échange d'information.

Retournons à la personne à l'urgence. C'est rare qu'il y ait quelqu'un formé pour travailler avec cette personne de façon appropriée parce que le personnel de l'urgence est constitué d'infirmières médicales et chirurgicales. Ce qui est fait entraîne généralement une réaction de fuite ou de combat. La personne pourrait se mettre à crier des injures et le «code blanc» est appelé.

Cela ne signifie pas qu'il y a «une personne atteinte d'un trouble psychique». Cela signifie qu'il y a «un patient à problème». L'équipe du code blanc n'est pas composée de personnes formées en intervention de crise non violente. Cette équipe est généralement constituée de gardes de sécurité ou du personnel de la cuisine. Dans la plupart des cas, leur tâche est d'immobiliser la personne sur le plancher.

If considered a danger to self or others, the person is locked up and isolated. In many rural areas, people may be restrained in this way for 48 hours in areas without washrooms or facilities of any dignity.

This is Canada. Therefore, we see discriminatory actions within the health care system at every level. The lack of dignity afforded to people in this country is terribly troubling to me.

I read today in *The Globe and Mail* that parents in Ontario with children with autism have been successful in getting the courts to provide treatment for children over six years of age. It is telling that families of people with psychiatric disabilities have to go to court to get treatment that other people with other kinds of illnesses simply receive. This discriminatory experience of systematically proceeding with different quality health care is replicated throughout the process.

Consider these figures from B.C. and ask yourself if they would be allowed in any other health care model. One in seven people —

**The Chairman:** You are reading the entire report and it will cut into our question time. Could you hit the highlights?

**Ms. Hall:** If one in seven people are re-hospitalized within 30 days, there is something wrong with the system. You would not be in business if one in seven customers came back.

People often present with more than one disability. People with a mental illness may have an addiction or developmental disability. They may be from a different ethnic group. The more differences they come with, the less likely they are to be received and given proper care.

I want to conclude by talking about discrimination against people's rights as members of communities. People have rights enshrined in the law of the land, but they also have rights as citizens in communities where there are shared values of participation and coming together. However, as Mental Health Advocate, nine out of ten people told me that once their diagnosis was acknowledged, once they were open about their diagnosis, people treated them systematically differently.

In most cases, the root cause of that is fear of violence, and the sad thing is that actually people with mental illness are more at risk of self-harm. In my province, a person a day commits suicide. Even though the reality is that they are more at risk of doing harm to themselves, the public perception is that they are indeed a danger to others, which simply is not the normative truth, as Dr. Arnett explained.

One of the biggest areas of discrimination is access to education and employment. In many cases, people are getting a quarter of the dose that we think is effective treatment. We know

Si la personne est considérée un danger pour elle-même ou pour les autres, elle est mise en cellule et isolée. Dans plusieurs régions rurales, de tels malades peuvent être détenus de cette façon pendant 48 heures dans des locaux dépourvus de salle de bain ou d'installation digne d'un humain.

C'est ce qui se passe au Canada. Par conséquent, nous voyons des actes discriminatoires au sein même du système de soins de santé et à tous les niveaux de celui-ci. Le manque de dignité accordé aux gens dans notre pays nous trouble terriblement.

Nous avons lu aujourd'hui dans le *Globe and Mail* que des parents en Ontario dont les enfants sont atteints d'autisme ont réussi à obtenir que la cour prescrive un traitement pour les enfants de plus de six ans. Cela indique aux familles des personnes atteintes d'un handicap psychiatrique d'aller en cour pour obtenir un traitement que des gens souffrant d'autres maladies reçoivent tout bonnement. Cette expérience discriminatoire voulant qu'on offre systématiquement des soins de santé d'une qualité différente est dupliquée d'un bout à l'autre du processus.

Jetez un coup d'œil à ces chiffres de Colombie-Britannique et demandez-vous si cela serait permis dans tout autre modèle de soins de santé. Une personne sur sept...

**Le président:** Vous lisez le rapport en entier et cela réduira votre période de questions. Pouvez-vous faire ressortir les faits saillants?

**Mme Hall:** Si une personne sur sept est de nouveau admise à l'hôpital dans les 30 jours suivants, le système est problématique. Vous ne pourriez pas rester en affaires si un client sur sept revenait.

Souvent, les personnes se présentent avec plus d'un trouble. Celles souffrant d'une maladie mentale peuvent être accoutumées à une substance ou présenter des handicaps de développement. Elles peuvent provenir d'un groupe ethnique différent. Plus elles sont différentes, moins elles sont susceptibles d'être admises et de recevoir des soins appropriés.

Nous désirons conclure en abordant la discrimination contre les droits de la personne en tant que membre d'une communauté. Les gens ont des droits garantis par la loi du pays, mais ils ont aussi des droits à titre de citoyens des communautés où des valeurs de participation et de rassemblement partagées. Toutefois, en tant que défenderesse de la santé mentale, nous pouvons vous affirmer que neuf personnes sur dix nous ont affirmé qu'une fois leur diagnostic était connu et qu'ils acceptaient celui-ci, les gens les traitaient différemment de façon systématique.

Dans la plupart des cas, la cause fondamentale de ce fait est la crainte de la violence. Une chose triste est qu'en fait les gens souffrant d'une maladie mentale sont davantage susceptibles de se nuire à eux-mêmes. Dans ma province, une personne par jour se suicide. Même si la réalité est que les malades mentaux sont davantage susceptibles de se faire du mal à eux-mêmes, le public croit qu'ils représentent en fait un danger pour les autres, ce qui n'est simplement pas la réalité normative, comme l'a expliqué le Dr Arnett.

Un des aspects où on retrouve le plus de discrimination est l'accès à l'éducation et à l'emploi. Dans plusieurs cas, les personnes obtiennent le quart de la dose que nous croyons



that severity of illness is no barrier to employment, but lack of support and employment strategies as part of comprehensive community care are largely lacking in all provinces of Canada. Pockets of best practices exist, but our health care system is not systematically delivering what we know works to enable people with serious and persistent mental illness to be productive members of society.

Further, at least in British Columbia, it is becoming even less likely that people will get employment support because as we have cutbacks in budgets at the regional level, the criterion of medical necessity is being used, so social health supports related to housing and employment are being eliminated in order to meet budget targets. In taking away these supports, we condemn people to a life of poverty and dependence.

We are moving away from an institutional model, but in that model we provided people with care, shelter, nurture and sustenance — food. As we have moved people out of the institutions, we simply have not provided the housing. My brother has waited six-and-a-half years to get supportive housing in Vancouver. The right to shelter is a significant issue, and I do not think we need to talk about it in terms of homeless. These people have a right to a place to live. Two years ago, in my report to government, I identified 70,000 people with serious and persistent mental illness in British Columbia, and only 5,500 supported housing spaces. We add 200 here, 300 there, 500 there, but we are not really addressing the problem with the size of response required. I want to emphasize that to honourable senators.

You are focused on solutions, so I want to say a couple of things in closing. Everything must be done to ensure that people with mental illness and their families are the subject of the enterprise, not the object. They need to be at the planning tables. I am really impressed with and respectful of the fact that you began your sessions hearing from people with mental illness and their families. Without that, we get talk about “the mentally ill.” We do not talk about “the cancers.” We talk about “decanting patients from hospital,” instead of “finding people a place to live.” I think we have to address the language, because it speaks about a relationship between the system and the people that simply is not going to take things forward.

Certainly the federal government would not plan programs with regards to HIV/AIDS or breast cancer without having people with experience at the table, but this has happened regularly with mental health. In the United States, as a policy response and by federal legislation, states do not get money for mental health care unless consumers and families sign off on the plan. That is a policy response that could be used here.

efficace. Nous savons que la gravité de la maladie n'est pas un obstacle à l'emploi, mais il y a un manque énorme de soutien et de stratégies d'emploi dans le cadre des soins communautaires complets dans toutes les provinces du Canada. Il existe certaines régions où les meilleures pratiques sont appliquées, mais notre système de soins de santé ne fournit pas systématiquement ce que nous savons fonctionner pour permettre aux gens souffrant d'une maladie mentale grave et persistante de devenir des membres productifs de la société.

En outre, au moins en Colombie-Britannique, c'est de plus en plus improbable que les gens obtiendront un soutien en emploi puisque nous subissons des coupures budgétaires au niveau des régions, le critère de nécessité médicale est utilisé, alors les soutiens sociaux à la santé liés à l'habitation et à l'emploi sont éliminés de façon à atteindre des objectifs budgétaires. En enlevant ces soutiens, nous condamnons les gens à vivre dans la pauvreté et la dépendance.

Nous nous éloignons d'un modèle institutionnel, mais dans celui-ci nous fournissions aux gens des soins, des abris, du réconfort et de la nourriture. En faisant sortir les malades mentaux des institutions psychiatriques, nous avons simplement omis de fournir le logement. Notre frère a attendu six ans et demi avant d'obtenir un logement supervisé à Vancouver. Le droit à un abri est un enjeu d'envergure et nous ne croyons devoir en parler en utilisant le terme sans-abri. Ces gens ont le droit d'avoir un endroit pour vivre. Il y a deux ans, dans notre rapport au gouvernement, nous dénombrions 70 000 personnes touchées par des troubles mentaux graves et persistants en Colombie-Britannique et seulement 5 500 places en logement supervisé. Nous en ajoutons 200 ici, 300 là, 500 autres là-bas, mais nous ne réglons pas réellement le problème compte tenu du nombre requis. Nous désirons le souligner aux honorables sénateurs.

Vous désirez des solutions, alors nous désirons ajouter quelques mots en conclusion. Tout doit être fait pour assurer que les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille soient le sujet du projet et non l'objet. Elles doivent être présentes aux tables de planification. Je suis vraiment impressionnée et reconnaissante du fait que vous avez commencé vos séances en écoutant parler des gens souffrant de maladies mentales et leur famille. Sans cela, nous entendons parler des «mentaux». Pourtant nous ne parlons pas des «cancers». Nous parlons de «décanter les patients des hôpitaux», plutôt que de parler de «trouver pour les gens un endroit pour vivre». Je crois que nous devons corriger le langage utilisé, parce qu'il parle de la relation entre le système et les gens qui ne peut tout simplement pas faire progresser la situation.

Le gouvernement fédéral ne planifierait certainement pas de programmes concernant le VIH/SIDA ou le cancer du sein sans avoir des personnes d'expérience à la table, mais c'est arrivé régulièrement pour les programmes concernant la santé mentale. Aux États-Unis, en tant que réponse aux politiques et en vertu de la législation fédérale, les États n'obtiennent pas de fonds pour les soins en santé mentale, à moins que les consommateurs et les familles approuvent le plan. Il s'agit d'une réponse aux politiques qui pourrait être utilisée ici.

The next point is that the treatment of people with mental illness cannot be made a political issue. It is something we must do simply because it is the right thing to do for some of the most vulnerable people in our society. Strategies to ensure accountability have to put in place outside the political arena. That is why the national health council idea is so important. It is also important that there be people at the table who know mental health and mental illness. It is the "orphan child," to use your language, in the health care system, and people in the health sector do not understand the mental health sector, really have not made it their business to do so and are not often measuring the right thing.

I noticed yesterday that Minister McLellan, at the urging of the Auditor General, is going to now suggest annual reports to the House under the National Drug Strategy. Many other jurisdictions have annual reports on a strategic initiative to the legislature, and this should be followed in this area.

I want to emphasize again that a person a day is committing suicide. There is an elevated standard mortality ratio in terms of how people with mental illness are doing. Not only are they committing suicide, they are also not getting the regular primary care they might need because they simply are not well enough to follow through. These things reflect the fact that mentally ill people get lost in the system and are treated systematically differently.

Finally, I want to suggest a different model. Most of Canada is engaged in a deinstitutionalization process. I looked with a great deal of interest at the model in Italy. It is most often cited as one that can achieve community living with positive gains for people. They changed the relationship between the patients and the providers to one of citizens and providers. Coercive treatment such as restraints and involuntary ECT was stopped, and psychiatrists and nurses realized that their culture of command and control had to change to one of enabling people with disabilities to be well and be citizens, which is very much what my colleagues have said here.

The second part of this model is to support people to work and reconstruct long-term patients as people. I think this is really important in terms of establishing social co-ops and ways that people with mental health disabilities can be employed in the system in providing care. In Italy, 70 or 80 per cent of the care in the social field is provided in a social co-op model that employs people with mental health disabilities.

Le point suivant est que le traitement des gens atteints d'une maladie mentale ne peut constituer un enjeu politique. C'est quelque chose que nous devons simplement faire parce qu'il s'agit de la chose appropriée à faire pour certaines des personnes les plus vulnérables dans notre société. Les stratégies visant à assurer la responsabilisation doivent être mises en place à l'extérieur de l'arène politique. C'est pourquoi l'idée d'un conseil national sur la santé est si importante. C'est aussi important que des personnes connaissant la santé et la maladie mentales soient présentes à la table. Il s'agit du «parent pauvre», pour reprendre votre expression, du système de soins de santé et des gens du secteur de la santé ne comprennent pas le secteur de la santé mentale, ils n'en ont réellement pas fait leur profession et, souvent, ils ne mesurent pas les éléments appropriés.

Nous avons remarqué hier que la ministre McLellan, à la demande pressante de la vérificatrice générale, va maintenant suggérer la présentation de rapports annuels à Chambre conformément à la Stratégie canadienne antidrogue. Plusieurs autres ordres de gouvernements prévoient la remise de rapports annuels visant les initiatives stratégiques relatives à la législation, et la procédure devrait être suivie dans ce domaine.

Nous désirons souligner à nouveau qu'une personne se suicide chaque jour. Le ratio de mortalité standard est élevé parmi les gens souffrant d'une maladie mentale. Nous seulement ils se suicident, mais ils n'obtiennent pas les soins primaires réguliers dont ils auraient peut-être besoin simplement parce qu'ils ne se sentent pas assez bien pour suivre un traitement. La situation reflète bien le fait que les gens atteints de troubles psychiques se perdent dans le système et sont traités systématiquement de façon différente.

Finalement, nous désirons suggérer un modèle différent. La plupart des régions du Canada sont engagées dans un processus de désinstitutionnalisation. Nous avons analysé avec grand intérêt le modèle de l'Italie. Il s'agit du modèle le plus fréquemment cité comme pouvant permettre la vie en communauté avec des gains positifs pour les gens. On y a changé la relation entre les patients et les fournisseurs pour une relation entre citoyens et fournisseurs. Les traitements coercitifs tels que les moyens de contention et les électrochocs non volontaires ont cessé, et les psychiatres et les infirmières ont réalisé que leur culture de commandement et de contrôle devait changer pour permettre aux personnes atteintes d'un trouble psychique de se sentir bien et d'être des citoyens; l'approche ressemble beaucoup à celle dont mes collègues ont parlé ici.

La deuxième partie du modèle italien consiste à appuyer les gens à travailler et à reconstruire l'identité de personne des patients à long terme. Nous croyons que c'est vraiment important pour l'établissement de coopératives sociales et pour la façon dont les malades mentaux peuvent être utilisés dans le système pour fournir des soins. En Italie, entre 70 p. 100 et 80 p. 100 des soins offerts dans le secteur social sont prodigués conformément à un modèle social coopératif qui fait travailler les gens atteints d'un trouble psychique.



A much better emergency crisis response system is also critical. We need to interrupt the cycle of chronicity with rapid and effective crisis intervention and stop separating people from their community, their family and support systems the way we do.

In terms of monitoring, again on the theme of consumer and family involvement, there are strong volunteer family and self-help associations that work to fight against social exclusion and for the affirmation of rights as citizens.

**Ms. Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services, Centre for Addiction and Mental Health:** Thank you for the opportunity to be here today. Mental illness is characterized by shame and silence, and you cannot change what you do not discuss. I for one am delighted with this opportunity, and I applaud you for taking leadership in asking us to talk about mental illness.

The stigma of mental illness is a serious impediment to the well-being of those who experience it. It affects people while they are ill, in treatment, and even when it is a distant memory. It affects people in all areas of their lives.

On a systemic level, stigma as a social phenomenon affects the very policies that govern us. It affects the nature of access to funding for services. It affects policies that govern eligibility for social assistance or the right to refuse treatment. At the level of the community, stigma often affects how organizations provide services to people and their families. Employers, schools, social services and health care providers have been shown to have stigmatizing attitudes toward people who receive mental health services. At the individual level, for people who have a mental illness, stigma prohibits them from seeking help, affects their self-esteem and creates profound changes in identity.

There is no doubt that changing the way we deal with people with mental illness is a daunting challenge, but there is hope. In this presentation, I will talk about effective strategies that have been proven to change attitudes. Before I do that, I want to underline that the challenge is not only about compelling people to increase their understanding of the experience of mental illness, but also about moving people to recognize and acknowledge their own mental health problems and those of their family members.

It is no wonder that negative attitudes toward mental illness remain. Estimates are that two-thirds of people who require treatment for a mental illness do not seek help, largely because they are either unaware of the symptoms or because of the stigma associated with the illness or its treatment. If people do not acknowledge their own mental health problems, how can we expect them to be supportive and accepting of others who do?

As I said, there is reason for optimism.

Un système d'intervention en temps de crise amélioré est aussi une nécessité. Nous devons briser le cycle de chronicité à l'aide d'une intervention de crise efficace et cesser de séparer les gens de leur communauté, famille, et systèmes de soutien, comme nous le faisons à l'heure actuelle.

Concernant la surveillance, encore sur le thème de la participation du consommateur et de la famille, il existe de puissantes associations de familles bénévoles et d'autonomisation qui oeuvrent pour lutter contre l'exclusion sociale et pour l'affirmation des droits de citoyens.

**Mme Rena Scheffer, directrice, Service d'information et d'éducation du public, Centre de toxicomanie et de santé mentale:** Je vous remercie de nous donner l'occasion d'être ici aujourd'hui. La maladie mentale est caractérisée par la honte et le silence, et vous ne pouvez pas changer ce dont vous ne parlez pas. Pour ma part, je suis enchantée d'avoir cette possibilité et je vous félicite d'avoir pris l'initiative de nous demander de parler de la maladie mentale.

Le stigmate de la maladie mentale est un obstacle important au bien-être des personnes qui en souffrent. Il marque les gens pendant leur maladie, pendant le traitement et même lorsque la maladie n'est plus qu'un souvenir lointain. Il touche tous les aspects de la vie des gens.

Sur le plan systémique, le stigmate, étant un phénomène social, a un impact sur les politiques même qui nous gouvernent. Il nuit à la nature de l'accès et même au financement des services. Il influe sur les politiques gouvernant l'admissibilité à l'aide sociale ou le droit de refuser le traitement. Sur le plan communautaire, le stigmate nuit souvent à la façon dont les organisations offrent des services aux gens et à leur famille. Il a été prouvé que les employeurs, les écoles, les services sociaux et les fournisseurs de services de soins de santé ont stigmatisé des attitudes envers les gens qui reçoivent des services en santé mentale. Au niveau individuel, pour les gens souffrant d'une maladie mentale, le stigmate les empêche de chercher de l'aide, nuit à leur estime de soi et crée de profonds changements dans leur identité.

Changer notre façon de traiter les personnes atteintes d'un trouble mental est certes un défi de taille, mais il y a de l'espoir. Durant la présentation, nous parlerons des stratégies efficaces éprouvées pour modifier les attitudes. Mais avant de commencer, nous désirons souligner que le défi ne consiste pas seulement à convaincre les gens à améliorer leur compréhension de l'expérience des maladies mentales, mais aussi faire en sorte que les gens reconnaissent et acceptent leur propre trouble mental et ceux des membres de leur famille.

Ce n'est pas surprenant que des attitudes négatives envers la maladie mentale persistent. On estime que les deux tiers des gens nécessitant un traitement en santé mentale ne cherchent pas d'aide, principalement parce qu'ils sont soit inconscients des symptômes ou soit à cause du stigmate associé à la maladie ou à son traitement. Si les gens ne reconnaissent pas leurs propres problèmes mentaux, comment pouvons-nous nous attendre à ce qu'ils soutiennent et acceptent ceux pour qui c'est le cas?

Comme nous avons dit, nous avons des raisons d'être optimistes.



If we look to other groups who have suffered the effects of social stigma, like the gay and lesbian community or those with AIDS or cancer, they have successfully ended or minimized stigma by creating widespread change in attitudes. They have come at the issue strategically in a variety of ways, and I will speak to that in a couple of minutes.

First, I would like to address some of the issues that characterize the stigmatization of people with mental illness and their families. Stigma leads others to avoid living with, socializing with, working with, renting to or employing people with mental disorders. It prohibits people from seeking help, as Mr. Arnett noted.

People who have had a mental illness report pervasive discrimination in the workplace, and many feel they must lie on job applications. On an individual level, stigma not only leads to low self-esteem, isolation and hopelessness, but all of those characteristics also have been found to be predictors of poor social adjustment, so people end up in an endless cycle of poorer quality of life.

Stigma affects not only people with mental illness, but it has also been found and reported to affect their families as well.

For members of ethno-racial and ethno-cultural communities, the experience of mental illness and the related stigma is increased exponentially. It has been suggested that the effect of stigma may be even more detrimental for these communities than for the general population.

Unfortunately, for those communities, there is an almost complete lack of services. Therefore, they find themselves stigmatized and unable to access help. In many cases, there are myths and inaccurate knowledge in these communities on the causes of mental illness and their treatments. In some communities, stigma associated with mental illness brings shame to the family, such that it is felt that it will affect the marriage potential of other relatives. As a result, families tend to keep the mental illness private and are most reluctant to seek professional help.

In some communities, religious and spiritual beliefs are linked to causes of mental illness and, in some cases, may influence the treatment. For many of these communities, the stigma of mental illness is layered upon racism and other forms of discrimination, leaving individuals and their families in a complex, highly vulnerable and often helpless and hopeless situation.

You cannot talk about the stigma of mental illness without talking about violence. I would just like to add a few items to that. While it is true that some people who have a mental illness do commit crimes, the public perceptions of mentally ill persons as criminally dangerous are exaggerated. We know that 80 to 90 per cent of people with a mental illness never commit a violent act; in fact, they are far more likely to have an act of violence committed against them.

Si nous jetons un coup d'œil aux autres groupes qui ont souffert des effets d'un stigmatisme social, comme la communauté des gais et des lesbiennes, les personnes atteintes du Sida ou du cancer, ils sont parvenus à éliminer ou à réduire le stigmatisme en provoquant un vaste changement d'attitudes. Ils se sont attaqués au problème de façon stratégique de multiples façons dont nous allons parler dans quelques minutes.

Premièrement, nous désirons parler de certains enjeux qui caractérisent la stigmatisation des gens atteints d'une maladie mentale et leur famille. Le stigmatisme pousse les autres à éviter de vivre, de socialiser ou de travailler avec des personnes souffrant d'un trouble mental et même de leur louer un logement ou de les embaucher. Il empêche les gens à chercher de l'aide, comme l'a fait remarquer M. Arnett.

Les gens ayant souffert d'une maladie mentale rapportent avoir été victimes d'une discrimination puissante au travail et plusieurs sentent qu'ils doivent mentir sur les formulaires de demande d'emploi. Au niveau individuel, non seulement le stigmatisme même à une faible estime de soi, à l'isolement et au désespoir, mais toutes ces caractéristiques ont aussi été prouvées être des indicateurs prévisionnels de faible adaptation sociale, alors les gens se retrouvent dans un cycle interminable d'une qualité de vie moindre.

Il a été prouvé que le stigmatisme n'influe pas seulement les gens atteints, mais aussi leur famille.

Pour les membres des communautés ethniques raciales et culturelles, l'expérience de la maladie mentale et du stigmatisme qui y est associé augmente de façon exponentielle. On a suggéré que l'effet du stigmatisme puisse même être plus nuisible pour ces communautés que pour la population en général.

Malheureusement, les services sont presque inexistantes pour ces communautés. Par conséquent, elles se retrouvent stigmatisées et incapables d'obtenir de l'aide. Dans plusieurs cas, il existe des mythes et des connaissances erronées dans ces communautés en ce qui concerne les causes de la maladie mentale et ses traitements. Dans certaines communautés, le stigmatisme associé à la maladie mentale amène la honte dans la famille, d'une façon telle qu'il nuira aux mariages potentiels d'autres membres de la famille. Par conséquent, les familles ont tendance à garder la maladie mentale en privé et sont réticentes à chercher de l'aide de professionnels.

Dans certaines communautés, les croyances religieuses et spirituelles sont liées aux causes de la maladie mentale et, dans certains cas, peuvent influencer sur le traitement. Pour plusieurs de ces communautés, le stigmatisme de la maladie mentale repose sur le racisme et d'autres formes de discrimination, laissant les individus et leur famille dans une situation complexe, de grande vulnérabilité et souvent de désespoir.

On ne peut parler du stigmatisme de la maladie mentale sans parler de la violence. Nous désirons ajouter seulement quelques points à cet égard. Bien qu'il soit vrai que certaines personnes atteintes d'un trouble mental commettent des crimes, les perceptions du public voulant qu'elles soient toutes dangereuses sont exagérées. Nous savons que de 80 à 90 p. 100 des gens souffrant d'une maladie mentale ne commettent jamais d'acte violent; en fait, ils sont davantage susceptibles d'être victimes de violence.



As a predictor of violence, mental illness ranks far behind other risk factors like age, gender and history of violence or substance abuse. We do, however, need to confront the stereotype directly. We need to learn more about what it will take to change that misconception that people have.

Let me move into what works. As I have noted earlier, there are effective practices which we can look to in order to effect change in public understanding of mental illness. The most promising strategy for impacting negative perceptions is increasing contact with mentally ill persons. No other strategy has been shown to be more effective.

The more that we can provide opportunities for society to meet with, listen to and understand the experience of those with mental illness, the more we can expect to see two results: the first is more favourable attitudes; and the second is personal relevance. Helping people to acknowledge their own mental health problems, and/or those of family members, goes a long way toward helping to decrease the social distance between them and us.

There is no question that the media have played a role in fostering negative attitudes. However, research has suggested that we can address misconceptions about mental illness and can be effective in nullifying the influence of negative news coverage of people with mental illness.

Among the strategies found to be most effective in creating understanding and acceptance is a comprehensive health promotion approach combined with a social marketing approach. Basically, a health promotion approach recognizes that attitude and behaviour changes are difficult to effect, but they can come about if you recognize that it takes a range of strategies. Therefore, I put forward four strategies that need to be addressed through a health promotion framework.

First, you need a social marketing strategy that is designed to raise awareness, encourage seeking help and promote positive understanding. Second, you need development of healthy public policy. I think all of my colleagues have talked about public policy, which will go a long way to contributing to treating people with respect and dignity and ensuring supportive policies for social assistance, housing and health care. Third, you need sensitization training for those who regularly come into contact with people with mental illness.

Ms. Hall talked about the police. The good news is there are efforts underway to work with law enforcement personnel to help them to develop alternatives to lethal force and to understand those strategies that would be more effective.

En tant qu'indicateur prévisionnel de violence, la maladie mentale se retrouve bien avant, et de loin, d'autres facteurs de risque tels que l'âge, le sexe et les antécédents de violence ou d'abus de substance. Toutefois, nous devons faire face au stéréotype directement. Nous devons en apprendre davantage sur ce qu'il faudra pour changer l'idée fausse qu'en ont les gens.

Nous allons maintenant aborder les approches qui fonctionnent. Comme nous l'avons fait remarquer plus tôt, il existe des pratiques efficaces sur lesquelles nous pouvons jeter un coup d'œil de façon à changer la compréhension du public à l'égard de la maladie mentale. La stratégie la plus prometteuse de toutes pour combattre les perceptions négatives est d'augmenter les contacts avec les malades mentaux. Aucune autre stratégie n'est plus efficace.

Plus nous pouvons créer des occasions pour que les citoyens rencontrent les personnes souffrant d'une maladie mentale, écoutent et comprennent leur expérience, plus nous pouvons nous attendre à obtenir deux résultats: le premier est une attitude plus favorable; et le deuxième est la pertinence pour la personne visée. Aider les gens à reconnaître leurs propres problèmes de santé mentale ou ceux des membres de leur famille contribue grandement à aider à la réduction des distances sociales persistant entre eux et nous.

Les médias ont sans contredit joué un rôle en ce qui concerne les attitudes négatives. Toutefois, des études ont permis de suggérer que nous pouvons modifier les idées fausses sur la maladie mentale et pouvons annuler efficacement l'influence de la couverture médiatique négative faite aux personnes touchées par la maladie mentale.

Parmi les stratégies considérées les plus efficaces pour améliorer la compréhension et l'acceptation est l'adoption d'une approche de promotion de la santé complète combinée à une approche de marketing social. Essentiellement, une approche de promotion de la santé reconnaît que les changements d'attitude et de comportement sont difficiles à faire survenir, mais c'est possible si vous reconnaissez qu'il est nécessaire d'utiliser tout un éventail de stratégies. Par conséquent, nous vous présenterons maintenant quatre stratégies qui doivent faire partie d'un cadre de travail sur la promotion de la santé.

Premièrement, il est nécessaire de créer une stratégie de marketing social conçue pour conscientiser, encourager à obtenir de l'aide et favoriser une compréhension positive. Deuxièmement, il est nécessaire d'élaborer une politique publique saine. Je crois que tous mes collègues ont parlé de politiques publiques, lesquelles contribueront grandement à ce que les gens soient traités avec respect et dignité et qu'ils reçoivent un soutien social, un logement et des soins de santé. Troisièmement, on doit former les gens qui sont régulièrement en contact avec les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Mme Hall a parlé des forces policières. La bonne nouvelle est que des efforts sont déployés à l'heure actuelle pour travailler de concert avec le personnel responsable de l'application de la loi pour l'aider à mettre au point des solutions de rechange à la force brute et à comprendre que ces solutions seraient plus efficaces.

We need research to explore more effective treatments. The more that we can decrease the myths that exist about the illness and its treatments, the more we can help to increase public understanding.

I have been working in this field — primarily in health care communications — over the last 20 years, trying to help people to better understand mental illness and addictions. I am still here and I have not lost hope. I have seen, over the 20 years, more and more reason to hope that things can and will change. I will share a couple of examples of initiatives underway that provide us all reason for hope.

We have a program at the Centre for Addiction and Mental Health called "There is Help...There is Hope." It is designed to increase public understanding of mental illness and addictions, with a particular emphasis on encouraging people to seek help. It really reaches out to those two-thirds of people who have a mental health problem and who do not seek help, either because they are not aware of the symptoms or because of the stigma. It is really targeted at them.

The good news is that, in the first two years of this program, we found that approximately 78 per cent of those surveyed remembered the messages we were trying to get across, which talked about access to help. Forty-six per cent responded that they would seek help as a next step.

Another initiative is a new information centre that will be opening later this summer. The McLaughlin Addiction and Mental Health Information Centre will help people to access information and help. It really responds to the fragmentation of the mental health system — that people largely do not know where to turn when they are ready to seek help. They do not know who to call; they do not know who their health insurance will pay for and who it will not. They are faced with waiting lists and they do not know where to turn.

This service is, in part, a response to that fragmentation. It helps people to better understand and access the services that are available.

A very promising source of hope for me is the Global Business and Economic Round Table on Addictions and Mental Health. This is a virtual round table consisting of business, health and education leaders — including Michael Wilson, the former Minister of Finance — who have undersigned the proposition that mental health is a business and economic issue. Fifteen years ago, I would have said, "What do they know? What do these guys know about mental health and why would they care?" The good news is, 15 years later, they care, and they have recognized that mental health does have a bottom line, which is not a bad thing.

Nous devons favoriser la recherche en vue de découvrir des traitements plus efficaces. Plus nous affaiblirons les mythes entourant la maladie et ses traitements, plus nous pourrons augmenter la compréhension du public.

Je travail dans ce domaine — principalement dans les communications touchant les soins de santé — depuis les 20 dernières années, essayant d'aider les gens à mieux comprendre la maladie mentale et les dépendances. Je suis encore ici et je n'ai pas perdu espoir. J'ai vu, au cours des 20 dernières années, de plus en plus de raisons d'espérer que les choses peuvent changer et changeront. Nous allons vous donner quelques exemples des initiatives en cours qui nous donnent tous des raisons d'espérer.

Au Centre, nous avons un programme appelé «There is Help... There is Hope» (Il y a de l'aide... Donc, il y a de l'espoir). Ce programme est conçu pour augmenter la compréhension du public concernant la maladie mentale et les dépendances encourageant particulièrement les gens à obtenir de l'aide. Il cible réellement le deux tiers des gens souffrant d'un trouble mental et qui ne cherchent pas d'aide, soit parce qu'ils sont inconscients des symptômes, soit à cause du stigmat.

La bonne nouvelle est qu'au cours des deux premières années du programme, nous avons découvert qu'environ 78 p. 100 des personnes interrogées se souvenaient des messages qui nous essayions de passer, lequel était d'obtenir de l'aide. Quarante-six pour cent ont répondu que leur prochaine étape serait d'obtenir de l'aide.

La deuxième initiative est l'ouverture d'un centre d'information cet été. Le McLaughlin Addiction and Mental Health Information Centre aidera les gens à obtenir de l'information et de l'aide. Le centre contrebalance réellement la fragmentation du système de soins de santé mentale — ayant pour résultat qu'un bon nombre de personnes ne savent pas où aller lorsqu'elles sont prêtes à obtenir de l'aide. Elles ne savent pas où appeler; elles ne savent pas pour qui leur assurance maladie paiera. Elles font face à de longues listes d'attente et ne savent pas vers qui se tourner.

Ce service répond, en partie, à la fragmentation. Il aide les gens à mieux comprendre et accéder aux services disponibles.

La Table ronde de commerce international et d'économie sur les dépendances et la santé mentale constitue, selon moi, une source d'espoir très prometteuse. Il s'agit d'une table ronde virtuelle dont les membres sont des dirigeants du monde des affaires, de la santé et de l'éducation, dont Michael Wilson, l'ancien ministre des Finances — qui a soussigné la proposition voulant que la santé mentale constitue un enjeu commercial et économique. Il y a quinze ans, nous aurions dit: «Qu'en savent-ils? Que connaissent ces gens sur la santé mentale et pourquoi s'en préoccuperaient-ils?» Une autre bonne nouvelle est que, quinze ans plus tard, ils s'en préoccupent et ils ont reconnu que la santé mentale comporte un aspect financier, ce qui n'est pas un aspect négatif.



These influential business leaders have attracted the attention of governments and other business leaders worldwide. They are bringing much-needed attention to the issues of mental health, to the importance of early detection and the impact of mental health on work and productivity.

I would like to give one more example of an excellent program. That is the Workman Theatre Project, with which our chair, I believe, is familiar. The Workman Theatre Project has become known for putting a human face on mental health issues by producing professional theatre that not only focuses on mental health, but is also staged by a company of professional actors and people who receive mental health services. They have performed to audiences across Canada. More importantly, they have connected to the rest of the world through international festivals. Most recently, the Madness and Arts 2003 world festival was the first international festival that brought 185 artists and academics from nine countries to Canada and reached over 10,000 people in its first year. This is an interesting approach to using creative expression to educate people about mental illness.

Let me close with six recommendations: First, we need a supportive policy framework to ensure the provision of income support, housing, employment, court diversion programs and an accessible and comprehensive treatment system.

Second, we need social marketing programs to help increase public understanding. These programs must be developed to reach out to diverse communities and be tailored to their specific needs.

Third, we need fresh approaches to disseminating research information.

Fourth, the "voice" of those who have been affected by mental illness must be prominent in order to impact negative perceptions. Those families and clients must be involved in the development and implementation of these programs.

Fifth, we need training programs to raise awareness of the experience of mental illness, sensitize to stigmatizing behaviours and provide direction to create more accommodating environments.

Finally, we need a national strategy to coordinate efforts for maximum reach and provide appropriate levels of funding.

I want to thank you for the opportunity to offer hope for real change and for your leadership on this issue and hope you will continue to influence how mental illness is addressed and resourced.

**The Chairman:** I thank you all for your terrific presentations.

Ces dirigeants d'entreprise d'influence ont attiré l'attention des gouvernements et d'autres dirigeants d'entreprises partout dans le monde. Ils attirent l'attention sur les questions de santé mentale, de l'importance d'une détection précoce et de l'impact de la santé mentale sur le travail et la productivité.

Nous désirons parler d'un autre excellent programme: le Workman Theatre Project (Projet «Théâtre de l'ouvrier») que le président, semble-t-il, connaît bien. Ce projet s'est fait connaître en mettant un visage humain sur des problèmes de santé mentale en produisant des pièces de théâtre professionnelles qui, non seulement, met l'accent sur la santé mentale, mais faisant aussi appel à une compagnie théâtrale de comédiens professionnels et de personnes qui reçoivent des services en santé mentale. Cette compagnie s'est exécutée partout au Canada. Mais par-dessus tout, ils ont établi des liens avec le reste du monde par le biais de festivals internationaux. Récemment, le Festival mondial de la folie et des arts 2003 fut le premier festival international ayant réuni 185 artistes et universitaires de neuf pays au Canada et a connu une fréquentation de plus de 10 000 personnes dès sa première année. L'utilisation de l'expression créative pour éduquer les gens sur la maladie mentale constitue une approche différente.

Nous terminons avec six recommandations: premièrement, nous requérons un cadre de politique de soutien pour assurer l'existence de soutien au revenu, au logement, à l'emploi, à des programmes de déjudiciarisation et à un système de traitement complet et accessible.

Deuxièmement, nous devons créer des programmes de marketing social pour aider à accroître la compréhension du public. Ces programmes doivent être mis au point pour atteindre diverses communautés et être conçus pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Troisièmement, nous requérons des approches nouvelles de diffusion d'information sur la recherche.

Quatrièmement, la «voix» de ceux et celles qui ont souffert d'une maladie mentale doit être entendue de façon à atténuer les perceptions négatives. Les familles et les clients doivent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces programmes.

Cinquièmement, nous avons besoin de programmes de formation pour conscientiser les citoyens à l'égard de l'expérience de la maladie mentale, à l'égard des comportements de stigmatisation et fournir une direction pour créer des environnements plus accueillants.

Finalement, nous avons besoin d'une stratégie nationale pour coordonner les efforts afin d'assurer une portée maximale et de fournir un niveau de financement approprié.

Je désire vous remercier de nous donner l'occasion de donner l'espoir d'un réel changement et de votre leadership sur le sujet. J'espère que vous continuerez la façon dont la maladie mentale est abordée et financée.

**Le président:** Je vous remercie tous de vos présentations extraordinaires.

**Senator Fairbairn:** I really want to thank all of you for being here. This has been a terrific set of presentations.

I will start with the last first. When you mentioned people getting involved, I think that everyone around this table knows that we think of Michael Wilson. I am involved with the Council for Canadians with Disabilities, both physical and otherwise.

I have been at some of these public sessions where they are all there and it is a joyous gathering.

In spite of all of the obstacles that you have pointed out today in what is probably one of the most difficult issues in the whole health agenda, would you agree that in recent years, perhaps because of people being prepared to come forward, there have been significant advances in public understanding, or are we still struggling?

**Ms. Scheffer:** I am not sure it is significant. There have been improvements and I think we see those through things like the economic round table. Those of us who have been struggling with this issue for the last 20-odd years would never have secured the attention 20 years ago of the very people who sit at the tables now and who have committed to changing their own workplaces to places of wellness, to introducing initiatives that will accommodate people who are returning to work after a mental illness and to providing supportive and accommodating environments. There have been gains. Research will show you that in the U.K., for example, they can point to more significant increases in public understanding. It comes back to the "voice" and the personal testimonials. It has been demonstrated that putting forward someone who has had experience with a mental illness and can speak to that brings about the most change in attitudes.

**Ms. Hall:** I think it does, particularly in terms of young people who benefit from an early intervention approach. There is aggressive use of medication among the clinicians who have taken an interest in early intervention. If the first level does not work, we move on to the next. We do not let the person wander around while things are not working. They use peer support and deal with addictions and trauma up front. There is a different clinical approach among those who have gravitated to the early intervention approach, which is significant and powerful. There are pockets of innovation that are not system wide, which is the problem. There is reason to hope, but there is a clear difference in practice and standards applied to individuals who might go that route versus others. I am speaking about folks with serious and persistent mental illness, where my colleague may be speaking of the broader 20 per cent of the population who experience a mental illness.

**Ms. Shoush:** I would like to say that I think there is change coming in the communities. I think that we see young people as being much more open and receptive to including, as their peers, young people who may have mental illnesses or differences.

**Le sénateur Fairbairn:** Je vous remercie tous profondément d'être ici. Nous avons entendu une belle série de présentations.

Je vais commencer par la dernière. Lorsque vous avez mentionné la participation des gens, je crois que nous tous, autour de cette table, avons pensé à Michael Wilson. Je fais partie du Conseil des Canadiens avec des déficiences, physiques ou autres.

J'ai participé à certaines de ces séances publiques où ils se rassemblent tous, et l'ambiance y est joyeuse.

Malgré tous les obstacles que vous avez soulignés aujourd'hui dans ce qui constitue probablement un des problèmes les plus complexes du dossier de la santé, êtes-vous d'accord qu'au cours des dernières années, peut-être grâce aux gens prêts à sortir de l'ombre, il y a eu d'importantes avancées en ce qui concerne la compréhension du public, ou nous démenons-nous encore?

**Mme Scheffer:** Je ne crois pas qu'il s'agit d'un changement notable. Il y a certes eu des améliorations et je crois que nous pouvons les percevoir par le biais d'événements du genre de la table ronde économique. Ceux d'entre nous qui ont défendu cette cause depuis les vingt dernières années n'auraient jamais, il y a vingt ans, retenu l'attention des mêmes personnes assises à cette table aujourd'hui et qui ont pris l'engagement de changer leur propre lieu de travail en endroits de bien-être, en vue de lancer des initiatives qui faciliteront la tâche des personnes qui reviennent au travail après une maladie mentale et d'offrir un environnement de soutien et d'accueil. Il y a eu des gains. La recherche démontre qu'au Royaume-Uni, par exemple, on a pu relever une augmentation notable de la compréhension du public. Cela vient de la «voix» des témoignages personnels. Il a été prouvé que c'est en présentant une personne ayant souffert d'une maladie mentale et pouvant en parler, qu'on assiste aux changements d'attitude les plus marquants.

**Mme Hall:** Je crois que c'est vrai, particulièrement en ce qui concerne les jeunes gens qui bénéficient d'une approche d'intervention précoce. Les cliniciens qui se sont intéressés à l'intervention précoce utilisent les médicaments de façon agressive. Si le premier niveau ne fonctionne pas, nous passons au suivant. Nous ne laissons pas la personne errer si les médicaments ne fonctionnent pas. Ils utilisent le soutien des pairs et combattent les dépendances et les traumatismes dès le départ. Ceux qui ont adhéré à l'approche d'intervention précoce, laquelle est notable et puissante, ont aussi adopté une approche clinique différente. On retrouve des régions innovatrices à quelques endroits du système. Le problème est que ce n'est pas généralisé. Il y a lieu d'espérer, mais il existe une différence notable dans la pratique et dans les normes appliquées aux individus qui suivent cette voie et ceux qui ne la suivent pas. Je parle de ces personnes souffrant d'une maladie mentale grave et persistante que mon collègue pourrait appeler les 20 p. 100 de la population qui expérimente la maladie mentale.

**Mme Shoush:** J'aimerais dire que je crois percevoir l'arrivée de changements dans les communautés. Je crois que nous rencontrons des jeunes qui sont beaucoup plus ouverts et réceptifs à l'inclusion de leurs pairs, d'autres jeunes gens, qui peuvent être atteints d'une maladie mentale ou être différents.



To give you a specific example of a government or a structure that may be looking at approaching this differently, Lethbridge is a place that has demonstrated lots of innovations in the justice and forensic areas. The Lethbridge justice project has looked at finding ways of taking young people out of the justice system and dealing with them in a different manner. It is also being expanded to working with persons who are facing mental illnesses. There are some changes coming, but in pockets and all over the place.

**Senator Fairbairn:** I have been further drawn into this issue through sports. One of the things that just fascinates and delights is to see the effects of the Special Olympics on children, in which a number of senators, such as Senator Eyton and Senator Johnson, have been involved for years. Even in the Paralympics, with which I am involved, there is a mix of the two. It seems to me that this, in a way, has helped to encourage participation, particularly among young people, and it maybe stimulates older people too.

**The Chairman:** Ms. Shoush, were you suggesting that young people have less of the stigmatizing attitude than their parents?

**Ms. Shoush:** I think young people are less likely to stigmatize a fellow young person, although I have no evidence to support that. My comment is intuitive; I look at my own children.

**Mr. Arnett:** I can give you some anecdotal evidence from my wife, who is a guidance counsellor in an elementary school. She sees the children who are different in any number of ways, with mental health problems or physical problems or in wheelchairs. Other kids often treat them attentively. As we grow older, we learn fears that we do not have when we are younger. Along with the fears comes the tendency to stigmatize. I agree with Ms. Shoush that there is hope, and I agree with you, senator, that there is hope. I think we are at the leading edge of it, but we have a long way to go. We have to start changing structures and look at the issues more comprehensively, so that we focus on not only the biological but also the psychological, the social and the housing, and on the impact on work and where people live. These elements must all be addressed.

The existence of this committee and its present focus, as well as Michael Wilson's group, shows a much more important perspective than in the past; that is a sign of great hope.

**Senator Fairbairn:** I have to go back to the beginning, when you galvanized our interest by discussing the privacy issue. We have had the privacy issue before this committee a great deal, not specifically in the area of mental illness, but outside of our health studies. We have had legislation to "open up the door" a little. We heard throughout our health studies about the great need for a better system of disseminating and collecting information; and how people in various parts of the country would be thus better

Lethbridge, un exemple spécifique d'un gouvernement ou d'une structure qui pourrait envisager une approche différente, a fait preuve d'innovation dans les domaines de la justice et judiciaire. Le projet de justice de Lethbridge a permis de se pencher sur différentes façons de faire sortir des jeunes gens du système judiciaire et de les traiter autrement. Le projet s'étend aussi maintenant pour s'appliquer aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Des changements sont imminents, mais par région, et un peu partout.

**Le sénateur Fairbairn:** J'ai été impliqué dans cette question par le biais des sports. Un des aspects fascinants et merveilleux est de voir les effets des Olympiques spéciaux sur les enfants, Olympiques auxquels un certain nombre de sénateurs, tels que les sénateurs Eyton et Johnson ont participé pendant plusieurs années. Même dans les Paralympiques, dans lesquels je m'implique, il y a un mélange des deux. Il me semble que cela, d'une certaine façon, a aidé à encourager la participation, particulièrement parmi les jeunes gens, et peut-être aussi parmi les plus vieux aussi.

**Le président:** Madame Shoush, suggérez-vous que les jeunes stigmatisent moins que leurs parents?

**Mme Shoush:** Je crois que les jeunes gens sont moins susceptibles de stigmatiser un de leurs pairs; toutefois je n'ai pas de preuve pour le prouver. Mon commentaire est intuitif; je regarde l'attitude de mes propres enfants.

**M. Arnett:** Je peux vous donner une certaine preuve en anecdote. Ma femme, qui est conseillère en orientation professionnelle dans une école primaire, voit des enfants qui sont différents de toutes sortes de façons, avec des problèmes de santé mentale, des problèmes physiques ou qui se déplacent en chaise roulante. Les autres enfants les traitent avec soin. En vieillissant, nous acquerrons des craintes que nous n'avons pas quand nous sommes jeunes. La tendance à stigmatiser accompagne ces craintes. Je suis d'accord avec Mme Shoush qu'il y a de l'espoir et je suis d'accord avec vous, monsieur le sénateur, qu'il y a de l'espoir. Je crois que nous sommes les références en la matière, mais nous avons un long chemin à parcourir. Nous devons commencer à modifier les structures et évaluer les enjeux de façon plus globale de façon à envisager non seulement l'aspect biologique, mais aussi les aspects psychologiques et sociaux, notamment le logement, et les impacts au travail et dans le milieu de vie des gens. Tous ces aspects doivent être tenus en compte.

L'existence du comité et son sujet de discussion, et du groupe de Michael Wilson démontre une perspective beaucoup plus importante que par le passé; c'est un signe porteur de beaucoup d'espoir.

**Le sénateur Fairbairn:** Je retourne au début de votre présentation lorsque vous avez galvanisé notre intérêt en discutant de la question de confidentialité. Le comité a souvent entendu parler que la question de la confidentialité, pas spécifiquement dans le domaine de la maladie mentale, mais à l'extérieur de nos études sur la santé. Nous avons entériné des règlements pour «entrebâiller la porte». Nous avons entendu parler, tout au long de nos études sur la santé, du besoin criant



enabled to understand all of the advances that are being made. One of the big issues is the information being withheld because of privacy constraints.

We have had difficult debates around this table on this issue and there are strongly held views, both pro and con. It would seem to me that perhaps this committee could make some powerful statements, with your help, on how essential it is to open the doors for people with mental disabilities. In that way, everyone could understand it better, including the need for sharing of information between people within the health system.

**Ms. Shoush:** I support that very strongly. In Aboriginal communities, privacy is not understood as a strong Constitutional value. Some have moved it up by using the Charter of Rights to assert that it is a strong Constitutional value. Aboriginal communities would say that they have a different world view and that the community is the focus. They believe that the community unit deserves to be the focus of concern and that information to help the community be whole and well should be available and shared. People could then have strong, resilient and safe communities.

People may be afraid of a person with a mental disability because they have no knowledge about the condition and what it might lead to. Privacy legislation puts up many kinds of barriers to better health. It also puts up barriers to research that might allow us to come up with better strategies for mental health supports for persons needing them.

I can give you a direct example. We have had a number of First Nations communities in Alberta identify prescription drug abuse as a significant issue. They have asked for our help in the justice area to address this problem. We have not found a way to overcome the barrier of the federal privacy legislation, which does not allow us to identify the person receiving multiple, even thousands of, prescriptions each week that they take into the community streets and sell or hand out to young people, causing addictions.

We are not able to get behind that veil of secrecy to the persons who are contributing to this problem so that we can address it.

**Mr. Arnett:** As a clinician, I cannot go down the hall to ask a colleague, who has seen a patient that I am about to see, what they know that might help me to better evaluate that patient. The intent of the law is noble, there is no question about that, but it does impose limitations that impact negatively on patient care. A large part of patient care is having access to history and information. The law creates a significant limitation.

The irony, in one way, is: What is the rationale for such privacy? Is it to hide the fact that people have mental illnesses? Is it to protect the unauthorized dissemination of knowledge and information? Sometimes, I think it almost aids and abets

d'un système amélioré de dissémination et de collecte d'information; et à quel point les gens dans diverses régions du pays seraient ainsi plus en mesure de comprendre toutes les découvertes qui sont faites. Un des enjeux importants est celui de la conservation de l'information en raison de contraintes de confidentialité.

Nous avons eu des débats passionnés autour de cette table sur le sujet et certaines positions sont fermement maintenues, à la fois pour et contre. Il me semble que le comité pourrait faire des déclarations puissantes, avec votre aide, sur la nécessité d'ouvrir les portes aux gens atteints de handicaps mentaux. Ainsi, tout le monde pourrait mieux la comprendre, y compris la nécessité du partage d'information entre les gens au sein du système de santé.

**Mme Shoush:** Je suis fortement en accord avec cette proposition. Dans les communautés autochtones, la confidentialité ne fait pas partie des valeurs constitutionnelles fondamentales. Certains lui ont accordé cette valeur en faisant appel à la Charte des droits. Les communautés autochtones diraient qu'elles possèdent un point de vue différent sur le monde et que la communauté est l'élément central. Elles croient que la communauté mérite d'être le centre des préoccupations que l'information pouvant aider cette dernière à être entière et saine doit être disponible et partagée. Les gens pourraient alors avoir des communautés fortes, résilientes et sécuritaires.

Les gens peuvent avoir peur d'une personne atteinte d'un trouble psychique parce qu'ils n'ont aucune connaissance sur la condition et sur ce qu'elle peut entraîner. La réglementation sur la confidentialité érige plusieurs sortes de barrières à une meilleure santé. Elle érige aussi des barrières à la recherche qui pourrait nous permettre de découvrir des stratégies améliorées de soutien à la santé mentale pour ceux qui en ont besoin.

Je peux vous donner un exemple concret. Un certain nombre de Premières nations d'Alberta ont identifié l'abus de médicaments prescrits comme un problème important. Elles nous ont demandés de l'aide juridique à ce sujet. Nous n'avons trouvé aucune façon de franchir la barrière de la réglementation fédérale sur la confidentialité, laquelle ne nous permet pas d'identifier la personne recevant de multiples, si ce n'est des milliers, de prescriptions chaque semaine qu'elle revend ou redistribue dans les rues des communautés, provoquant ainsi des dépendances.

Nous sommes incapables de lever le voile de la confidentialité de ces personnes qui causent ce problème et ainsi le régler.

**M. Arnett:** En tant que clinicien, je ne peux passer au bureau à côté pour demander à un collègue, qui a reçu un patient que je vais voir, ce qu'il sait qui pourrait m'aider à mieux évaluer ce patient. L'intention de la loi est noble, il n'y a pas de doute, mais elle impose réellement des limites qui ont un impact négatif sur les soins aux patients. En grande partie, les soins au patient consistent à avoir accès à ses antécédents et à ses renseignements personnels. La loi impose des limites importantes.

D'une certaine façon, l'ironie est: qu'est-ce qui justifie une telle confidentialité? Est-ce pour cacher le fait que les gens souffrent d'une maladie mentale? Est-ce pour protéger la distribution non autorisée de connaissances et d'information? Parfois, je crois que



stigmatization by saying, "That is covered under the Mental Health Act and you cannot have access to it." In some ways, it creates more stigmatization than many other things.

**Senator Fairbairn:** It may be an old-fashioned concept that you are protecting the person by —

**Mr. Arnett:** — paternalistic means.

**Ms. Hall:** Just a point: You might be able to get around that in Vancouver through the after-hours emergency service that includes a Vancouver police officer and a social worker or a psychiatric nurse from the mental health system. The two databases can be cross-referenced for problem solving. The second point is that sometimes, we simply do not share information when it is legally possible. I visited Seattle, where every morning, the jail sends over to the mental health system the list of folks that ended up there the night before. They ask staff to come and help them sort out the mental health issues. They do that because anyone entered into the criminal justice system is a matter of public record.

We do not make that kind of information exchange that is possible, with the result that people with mental illness get lost in the justice system. There is the issue of the law and there is the issue of lack of collaboration.

**The Chairman:** That is one of the issues at which we will look. I spoke briefly with the director of the juvenile detention centre in Ottawa. Some 70 per cent of his inmates would have had some form of mental illness. To pick up your point, that is his catchment area. If you have data from elsewhere in the country, we would love to have it.

**Senator Morin:** I would like to be clear on this. Are you saying that we should disseminate personal health information without the patient's consent? If so, would this be strictly for mental health problems? I am sure that patients with other illnesses, such as AIDS, would not want this information disseminated. Is that what we are saying? Certainly if a patient consents to the sharing of information, that is another matter.

Are we saying that this very personal information should be disseminated without the patient's consent?

**Ms. Hall:** It is always used in a crisis situation. The situations with which I am dealing are crises. The person is considered a danger to self or others. The police and/or the after-hours emergency people have been called to the scene. They need to know what is happening.

It is not a matter of casually sharing information. There is a purpose to the action, which is to give the person the best possible and the most knowledgeable assistance.

cela aide et encourage presque la stigmatisation en envoyant le message «Ceci est couvert en vertu de la Loi sur la santé mentale et vous ne pouvez pas y avoir accès». De certaines façons, cela amplifie davantage la stigmatisation que beaucoup d'autres choses.

**Le sénateur Fairbairn:** Peut-être est-ce un concept démodé de protéger la personne par...

**M. Arnett:** ... des moyens paternalistes.

**Mme Hall:** Un point seulement: il est possible de contourner le problème à Vancouver par le biais du service d'urgence ouvert après les heures normales de travail qui emploie un agent de police et un travailleur social ou une infirmière psychiatrique du système de soins de santé mentale. Les deux bases de données peuvent être croisées pour résoudre des anomalies. Le deuxième point est que, parfois, nous ne partageons tout simplement pas de l'information même lorsque c'est possible au plan juridique. J'ai visité Seattle où, chaque matin, le personnel de la prison envoie au système de soins de santé mentale une liste des personnes s'étant présentées sur place la nuit précédente. Il demande que des employés en santé mentale viennent sur place pour l'aider à identifier les personnes présentant des troubles mentaux. On procède ainsi parce que le cas de quiconque entrant dans le système de justice criminelle devient public.

Nous n'effectuons pas ce genre d'échange d'information qui est possible, ce qui a pour résultat que les gens atteints d'un désordre psychique se perdent dans le système judiciaire. Il y a un aspect juridique et un aspect de manque de collaboration.

**Le président:** Il s'agit d'un des aspects sur lesquels nous allons nous pencher. J'ai parlé brièvement avec le directeur d'un centre de détention juvénile à Ottawa. Environ 70 p. 100 de ses détenus seraient atteints d'un trouble psychique. Pour relever votre point, il s'agit de son aire de captage. Si vous détenez des données d'ailleurs au pays, nous souhaiterions en avoir copie.

**Le sénateur Morin:** Je voudrais être clair à ce sujet. Êtes-vous en train de dire que nous devrions disséminer de l'information personnelle sur la santé sans le consentement d'un patient? Si c'est le cas, serait-ce uniquement dans le cas des problèmes de santé mentale? Je suis certain que les patients atteints d'autres maladies telles que le Sida ne voudraient pas voir cette information rendue publique. Est-ce ce dont nous parlons? Bien sûr, si un patient consent à la divulgation d'information, ce n'est pas la même chose.

Sommes-nous en train de dire que cette information très personnelle devrait être divulguée sans le consentement du patient?

**Mme Hall:** Cette mesure est toujours utilisée en situation de crise. Les situations auxquelles je fais face sont des situations de crise. La personne est considérée un danger pour elle-même ou pour les autres. La police ou les services d'urgence ouverts après les heures normales de travail ont été appelés sur les lieux. Ils doivent savoir ce qui se passe.

Il n'est pas question de divulguer de l'information sur une base régulière. Il y a un motif pour l'action, qui est d'assister une personne le mieux possible et de la façon la mieux informée.

That is not sharing information widely. I dealt with many issues where individuals were concerned about their privacy being violated through simple things like being lashed down to stretchers in emergency rooms as people in a mental health crisis. Their privacy in the community was totally destroyed.

I am talking about situations where people have violated the law and ended up in jail and information can be shared because of what has happened. I am also talking about situations involving people in an emergent crisis of danger to self or others, where it is vitally important to their well-being to know what is happening.

**Senator Morin:** You are narrowing the field. This is not what I heard earlier.

**Ms. Shoush:** I can add to that. From an Aboriginal perspective, we should not be promoting privacy or secrecy if that will have an adverse impact on the health of the community and individuals within that community.

Before this legislation was in place, people kept track of and assisted each other. If we are not now able to know anything about a person who may be in need of support or help, we cannot provide that or work to help hold the community together.

We have been looking at possibly introducing community consent for individuals in a community that may have a significant number of persons with addictions to drugs, alcohol, prescription drugs or other compulsive behaviour. The community would give its consent to the sharing of information so that we can assist persons in addressing a problem, be it with health, justice, children's service or social services. The way to treat this is holistically.

**Senator Morin:** Are you extending this to all diseases or is it strictly mental conditions?

**Ms. Shoush:** Speaking as an individual, I would say we should allow a broad sharing of information on health and well-being if that will support better public health. If there were no stigma attached to AIDS, having the information available might actually assist the community to be healthier.

I am not saying that we should do that now, but if we could find a way for these issues to be seen as health matters requiring attention and not stigmatization, we should move towards that.

**Mr. Arnett:** In general, patients should consent to the release of information, albeit health or mental health information, unless it is an emergency condition. On the other hand, I think that the legalistic processes that are sometimes required to get this information, such as a patient signing, are cumbersome ones that impede progress. In general, patients should have the right to know what information is being requested and give consent.

Ce n'est pas ce qu'on appelle partager de l'information à grande échelle. J'ai fait face à plusieurs situations où des personnes étaient préoccupées de la violation de leur vie privée par de simples gestes comme être liées à une civière dans des salles d'urgence comme certaines personnes en crise psychotique. Leur vie privée dans la communauté a été complètement détruite.

Je parle des situations où des gens, ayant enfreint la loi, se retrouvent en prison et que des renseignements peuvent être divulgués à cause de ce qui s'est passé. Je parle aussi des situations où, des personnes en état de crise, représentent un danger pour elles-mêmes ou pour les autres, et où pour leur bien-être il est vital savoir ce qui se passe.

**Le sénateur Morin:** Vous restreignez le champ. Ce n'est pas ce que j'ai entendu plus tôt.

**Mme Shoush:** Je peux en rajouter. Du point de vue autochtone, nous ne devrions pas favoriser la confidentialité ou la vie privée, car cela aurait un effet néfaste sur la santé de la communauté et des individus de celle-ci.

Avant l'entrée en vigueur de cette réglementation, les gens gardaient contact avec les autres et s'entraidaient. Si nous ne sommes plus capables de rien savoir sur une personne qui pourrait avoir besoin d'aide ou de soutien, nous ne pouvons le faire, ni travailler au maintien de l'unité de la communauté.

Nous avons envisagé d'introduire un processus de consentement communautaire dans les communautés dont un nombre important de personnes seraient dépendantes à des drogues, à l'alcool, à des médicaments prescrits ou démontreraient un comportement compulsif autre. La communauté accorderait son consentement pour le partage d'information, pour que nous puissions aider les gens à surmonter leur problème, que ce soit au niveau de la santé, de la justice, des services à l'enfance ou des services sociaux. Il s'agit d'une approche globale.

**Le sénateur Morin:** Étendez-vous cette mesure à toutes les maladies ou strictement aux maladies mentales?

**Mme Shoush:** En parlant en mon nom, je dirais que nous devrions permettre un partage élargi d'information sur la santé et le bien-être si cela soutien davantage la santé du public. S'il n'y avait pas de stigmatisme lié au Sida, détenir l'information pourrait en fait aider la communauté à être plus en santé.

Je ne dis pas que nous devons faire cela maintenant, mais que nous devrions trouver une façon de percevoir ces questions comme des enjeux de santé requérant notre attention et non notre stigmatisation. C'est ce vers quoi nous devrions nous orienter.

**M Arnett:** En général, les patients devraient consentir à la divulgation d'information, sauf l'information sur la santé ou la santé mentale, à moins qu'il ne s'agisse d'une condition urgente. D'un autre côté, je crois que les processus juridiques qui sont parfois requis pour obtenir cette information, comme l'obtention de la signature d'un patient, sont encombrants et ralentissent le progrès. En général, les patients devraient avoir le droit de savoir l'information qui est requise, puis donner leur consentement.



**Senator Roche:** I also want to thank the witnesses. Mr. Chairman, once again we have had a tremendous learning opportunity here from the selection of witnesses.

In view of the hour, I will try to confine myself to a couple of questions. The first is to you, Ms. Hall.

You made reference to the closing of the mental health advocacy office. Senators here know that I do not approach issues on a partisan basis. The colouration of the government that did this in your province is not my central concern. Governments everywhere have too often cut social programs in the name of saving money, with deleterious effects.

Therefore, could you tell us some of the consequences of the closing of your office? You mentioned that you had dealt with 2,000 people. Is there any empirical evidence of the consequences for the identifiably mentally ill?

You linked some of your comments to the prison system. I am not sure if you meant to indicate an increase in the prison population of the mentally ill.

I am sure that part of your work has been in education. Has that suffered?

Can we point to the closing of an office such as mental health advocacy having increased the costs to deal with the problems down the line that you were dealing with up the line, if I can put it that way? Was the effect worse in cost terms than what was originally spent by your office?

**Ms. Hall:** As a scientist, I would have to say that I could not prove that definitively because I have not undertaken the study. In terms of policy, the government would say that they chose to replace it with an advocate at the cabinet table. My response to the premier at the time was that that was great, because we needed resources for mental health and mental illness. However, to say that we do not need an advocate because we have a minister of state for mental health is like saying we do not need an ombudsman because we have a premier. They do different things.

I was slated to do educational programs for the sheriffs, court workers and financial aid workers. I was to do much cross-sector work to bring people with mental illness to the table in order to discuss the experience of living with mental illness. That work is not happening currently.

Please appreciate that in British Columbia, overall cutbacks to social services are extensive, at 30 per cent. It is difficult to pin anything on any specific cuts.

**Le sénateur Roche:** Je désire aussi remercier les témoins. Monsieur le président, au risque de répéter les propos de mes prédécesseurs, je dois dire que nous eu une excellente occasion d'en apprendre des témoins.

Étant donné l'heure, je vais essayer de me restreindre à quelques questions. La première s'adresse à vous, madame Hall.

Vous avez fait référence à la fermeture du Bureau de services consultatifs en santé mentale. Les sénateurs ici présents savent que je n'envisage pas les questions sous une perspective partisane. La couleur du gouvernement qui a posé ce geste n'est pas au centre de mes préoccupations. Les gouvernements partout ont, trop souvent, coupé dans les programmes sociaux en vue de réaliser des économies, et ce, avec des effets délétères.

Par conséquent, pourriez-vous nous parler de certaines conséquences de la fermeture de votre bureau? Vous avez mentionné que vous aviez transigé avec 2 000 personnes. Existe-t-il une preuve empirique des conséquences pour les personnes identifiées atteintes d'un trouble psychique?

Certains de vos commentaires étaient liés au système carcéral. Je ne suis pas certain si vous avez voulu indiquer une augmentation de la proportion des malades mentaux dans la population carcérale.

Je suis certain qu'une partie de votre travail consistait à éduquer. Cet aspect a-t-il été touché?

Pouvons-nous dire que la fermeture d'un bureau offrant des services tels que les conseils en santé mentale a augmenté les coûts nécessaires pour régler les problèmes en bout de ligne que vous traitiez en première ligne, si je peux m'exprimer ainsi? L'effet a-t-il été pire, en ce qui concerne les coûts, que ce qui était dépensé à l'origine par votre bureau?

**Mme Hall:** En tant que chercheuse, je dois dire que je ne peux le prouver hors de tout doute puisque je n'ai pas entrepris de recherches à ce sujet. En ce qui concerne la politique, le gouvernement dirait qu'il a choisi de remplacer le bureau par un défenseur à la table du cabinet. À l'époque, ma réponse au premier ministre fut que c'était fantastique, parce que nous avions besoin de ressources en santé mentale et pour les maladies mentales. Toutefois, dire que nous n'avons pas besoin d'un défenseur parce que nous avons un ministre d'État à la santé mentale, c'est comme si je disais que nous n'avons pas besoin d'un ombudsman parce que nous avons un premier ministre. Ces personnes accomplissent des tâches différentes.

J'ai été désignée pour concevoir des programmes d'éducation pour les shérifs, les travailleurs auprès des tribunaux et d'aide financière. Je devais faire beaucoup de travail intersectoriel pour amener à la table des personnes atteintes de troubles psychiques pour discuter de leur expérience. Ce travail n'a pas lieu pour l'instant.

Veuillez considérer qu'en Colombie-Britannique, les coupures totales aux services sociaux sont d'envergure et s'élèvent à 30 p. 100. Il est difficile de mettre un point sur des coupures spécifiques.

There is no education taking place. There is nowhere to go when your child has committed suicide. Everyone worries about finding out who is to blame, but no one wants to talk to the parent about what has happened.

The places for people to go have been dispersed. I am sure people find other places to go, but there is no central place.

It is helpful if there is one line and one place. Many other countries around the world have this kind of office. Canada is unique in not having formalized advocacy positions.

Consumers and families have said to me that they felt strongly that they lost their voice.

**Senator Roche:** Perhaps I overemphasized the quantification of this issue. Would you say a final word about the deleterious consequences in the mental health field that you have experienced or observed?

**Ms. Hall:** The focus on people is gone. The participation of consumers and families at the table is not as strong as it was, but the system carries on. Consumers and families are persistent and find ways to be involved, including at this table. Thank you for the opportunity.

**Senator Roche:** What was the budget of your office?

**Ms. Hall:** It was small, only \$250,000. It was peanuts in relative terms.

**Senator Roche:** Thank you. Ms. Scheffer, I want to thank you for saying that you have not lost hope after 20 years in the business. That was an inspiring statement to me. People like you are a blessing in society.

You talk about the media in your recommendations. You are trying to change the misconceptions about mental illness that are prevalent in the community at large and you pointed to the media as an instrument. You said that they have too often fostered the negative view.

What would a positive image be? A sentence or two later, you talked about education and health promotion, with the media maybe doing health promotion and training. I can understand that, but if we are to deal with the privacy issue that was discussed here a few minutes ago, how can the media responsibly and constructively portray mental illness in a positive manner?

I go back to Mr. Arnett's opening comment about the position of Mr. Eagleton in 1972. I thought it was a disgrace that a man who was otherwise qualified to run for office in the United States appeared to be disqualified because he had seen a psychiatrist. Would that happen today, in your view? Should the media have balanced the negative reporting they did on Mr. Eagleton because he went to a psychiatrist, and the implication, therefore, that there must be something wrong with him, with stories about what the man had done in his career in order to provide more balanced coverage?

Aucune éducation ne se fait. Les parents dont un enfant se suicide n'ont nulle part où aller. Tout le monde a peur de découvrir qui doit être blâmé, mais personne ne veut parler aux parents de ce qui s'est passé.

Les endroits où peuvent se rendre les gens ont été dispersés. Je suis certaine que les gens ont trouvé d'autres endroits, mais il n'y a pas de lieu central.

C'est utile d'avoir un numéro de téléphone et un endroit où aller. Plusieurs autres pays ont ce genre de bureau. Le Canada est le seul pays à ne pas avoir créé des postes officiels de défenseurs.

Les consommateurs et les familles m'ont dit qu'ils ressentaient fortement d'avoir perdu le droit de parole.

**Le sénateur Roche:** Je mets peut-être trop l'accent sur la quantification du problème. En conclusion, pourriez-vous faire quelques commentaires sur les conséquences délétères pour le secteur de la santé mentale que vous avez expérimentées ou observées?

**Mme Hall:** L'accent n'est plus mis sur les gens. La participation des consommateurs et des familles à la table n'est pas aussi forte qu'elle était, mais le système continue. Les consommateurs et les familles tiennent bon et trouvent des moyens de participer, y compris à cette table. Merci de nous avoir donné la parole.

**Le sénateur Roche:** Quel était le budget pour votre bureau?

**Mme Hall:** C'était un petit budget de seulement 250 000 \$. Cela représentait bien peu en termes relatifs.

**Le sénateur Roche:** Merci. Madame Scheffer, je vous remercie d'avoir mentionné que vous n'avez pas perdu espoir après 20 ans dans le domaine. Cette déclaration était inspirante. Les personnes telles que vous ont une valeur inestimable dans la société.

Dans vos recommandations, vous avez parlé des médias. Vous tentez de modifier les idées fausses sur la maladie mentale régnant dans la collectivité en générale et vous avez mentionné que les médias étaient des outils de cet état de fait. Vous avez mentionné qu'ils ont trop souvent favorisé le point de vue négatif.

De quoi aurait l'air une image positive? Une ou deux phrases plus loin, vous avez parlé d'éducation et de promotion de la santé, et que les médias pourraient promouvoir la santé et la formation. Je peux le comprendre, mais si vous envisager de traiter la question de la confidentialité dont il a été question ici il y a quelques minutes, comment les médias peuvent-ils faire, de façon responsable et constructive, un portrait positif de la maladie mentale?

Je vous renvoie à l'exposé d'ouverture de M. Arnett concernant la position de M. Eagleton en 1972. J'ai pensé que c'était lamentable qu'un homme, autrement qualifié pour se porter candidat aux États-Unis, a semblé disqualifié parce qu'il avait déjà consulté un psychiatre. Selon vous, une telle chose arriverait-elle encore aujourd'hui? Les médias auraient-ils dû couvrir de façon plus équilibrée le cas de M. Eagleton parce qu'il avait consulté un psychiatre, et par conséquent, qu'il devait avoir un problème, avec les histoires sur ce que l'homme avait fait durant sa carrière pour assurer une couverture plus équilibrée?



I am trying to get at the privacy angle as well as responsible reporting by the media on cases of mental illness.

**Ms. Scheffer:** I can give you example after example of positive stories of people who have suffered from a mental illness and who have recovered, whatever that means; they have regained their lives; they are leaders in the community and they happen to have a mental illness. We do not hear enough of those stories. In the brief I submitted, I report on some research that took a look at media reporting and how they disproportionately report the negative, sacrificing the positive, in those stories that deal with the successes and leadership of people who have succeeded in spite of or because of their mental illness.

We — and I will take responsibility as a health care communicator — do not proactively create sufficient opportunities for the media to tell those stories.

On a positive note, over the last number of years we have seen more champions coming from the media. Reporters from *The Sun*, *The Star*, CBC, and *Chatelaine* magazine have all spoken openly and honestly about their experiences with mental illness and addiction and have become champions for us. They have become wonderful friends who obviously have an ability to report well on these stories.

**Mr. Arnett:** I have a point that goes back to the model. The notion that you cannot govern, that you cannot lead, that you cannot do anything else because you have a mental illness, applies to an extremely small number of the people who have a diagnosable mental illness.

**The Chairman:** You mean that in fact, it only applies to a small number?

**Mr. Arnett:** That is correct.

That is the first point. There are people with mental illness who cannot find their way around or manage their own affairs. They are small in number. Schizophrenia affects one per cent. Anxiety affects 12 per cent. It is far more prevalent. However, the point is that it is a very small number of people who, by virtue of mental illness, probably should not be a position to run for the U.S. vice-presidency. Therefore, most should.

We “biologize” everything and make everything into a brain disorder. If I said you were unhappy and depressed today, you would say it was related to some circumstance, but you would be fine tomorrow. If you ascribe it to a brain disorder, as we do with modern imagining techniques, whether it is in the frontal lobes, the hypothalamus, the sub-cortical structures or wherever, you

J'essaie de percevoir la question sous l'angle de la confidentialité ainsi que sous l'angle des médias devant essayer de fournir une couverture raisonnable dans les cas de maladie mentale.

**Mme Scheffer:** Je peux vous donner une foule d'exemples d'histoires positives de personnes ayant souffert d'une maladie mentale et qui se sont rétablis, peu importe ce que cela signifie; ils ont recommencé à vivre; ils sont des meneurs dans leur communauté et par hasard ils ont une maladie mentale. Nous n'entendons pas suffisamment parler de ces histoires. Dans le mémoire que j'ai soumis, je présente les résultats d'une étude sur la couverture médiatique et à quel point elle relate de façon disproportionnée l'aspect négatif, sacrifiant l'aspect positif, des histoires de succès et de leadership des gens qui ont réussi malgré ou à cause de leur maladie mentale.

Nous — et je vais prendre la responsabilité en tant que communicatrice en soins de santé — ne créons pas suffisamment, de façon proactive, des occasions pour les médias de raconter ces histoires.

Une note positive pour conclure: au cours des dernières années, nous voyons de plus en plus de personnes extraordinaires provenant des médias. Des journalistes des publications telles que *The Sun*, *The Star*, *Châtelaine* et de CBC ont parlé ouvertement et honnêtement de leur expérience avec la maladie mentale et la dépendance. Ils sont devenus nos héros. Ils sont devenus des amis extraordinaires qui ont, de toute évidence, la capacité de bien parler de ces événements.

**M. Arnett:** Je désire soulever un point sur le modèle. La notion que vous ne pouvez pas gouverner, que vous ne pouvez pas diriger, que vous ne pouvez pas faire rien d'autre parce que vous souffrez d'une maladie mentale s'applique à un très petit nombre de personnes qui ont une maladie mentale pouvant être diagnostiquée.

**Le président:** Vous voulez dire qu'en fait, cela s'applique seulement à un petit nombre de personnes?

**M. Arnett:** C'est vrai.

Il s'agit du premier point. Certaines personnes souffrant d'une maladie mentale sont incapables de s'orienter ou de gérer leurs propres affaires. Ces personnes sont peu nombreuses. La schizophrénie représente 1 p. 100. L'anxiété touche 12 p. 100. Elle est beaucoup plus fréquente. Toutefois, le fait est que seulement un très petit nombre de personnes, à cause d'une maladie mentale, ne devrait probablement pas se porter candidat à la vice-présidence des États-Unis. Par conséquent, la plupart d'entre eux devraient.

Nous attribuons une nature biologique à tout et considérons tout comportement comme un désordre cérébral. Si je disais que vous étiez mécontent et déprimé aujourd'hui, vous diriez que c'était imputable à certaines circonstances, mais que vous serez bien demain. Si vous attribuez ces émotions à un désordre cérébral, comme les font les techniques d'imagerie modernes, que

ascribe a permanence not only to the existence of the condition, but to the infirmities and disabilities that the myth confers on us.

If you are troubled today by a circumstance that upsets you, that does not mean you should not do anything next week or that what you did last week was bad. The more we "biologize" the condition in isolation from the psychological and social factors, the living circumstances and the work environment, the more we confer permanence and severity on things that are neither that permanent nor that severe and should not disqualify people. The media, being powerful, could do a great deal to put this into perspective.

**Senator Roche:** Would candidates be disqualified today after the revelation of a type of mental illness, psychiatric treatment or something similar?

**Mr. Arnett:** I regret to say I believe the answer is yes, especially if it required shock treatment or anti-psychotic medications.

**The Chairman:** Ongoing medication of some kind?

**Mr. Arnett:** Unfortunately, we have not passed beyond that point yet.

**Ms. Scheffer:** There is an additional part that mental health agencies can play, as can the media, and it pertains to reporting on suicides, reporting on negative stories and making speculations. There have been discussions with the media about not reporting on suicides. That is number one. That is something we should continue to discuss. Secondly, there is not much of a story if the media do not have anyone to talk to.

For example, when there are stories in the media involving someone who may have had a mental health problem or been treated for one and reporters call our organization, our policy is we will not discuss, or be seen to be speculating about, the individual who is the subject of that media discussion. Not only will we not comment on the specific story, we will not talk in general terms, for example, and give our opinion on a mother who might take her child and jump in front of a subway train. We choose not to participate in that kind of speculation.

**Ms. Hall:** I want to say that there is another role, in some ways disagreeing with what has been said. The role I often played when that happened was to explain what postpartum depression was or to find a clinician who would do that. Frequently, in cases where someone with a mental health disability got into difficulty with the law, there were two victims. You have to try to explain the perspective of that person, because there are attempts to lay blame and to see the person as evil. They are often just as much victims as others. I played that role. That is not happening now

ce soit dans les lobes frontaux, l'hypothalamus, les structures subcorticales ou autres, vous attribuez une permanence non seulement à l'existence de la condition, mais aussi aux infirmités et aux handicaps que les mythes nous confèrent.

Si vous êtes troublé aujourd'hui par un événement qui vous bouleverse, cela ne signifie pas que vous ne devez rien faire la semaine prochaine ou ce que vous avez fait la semaine précédente était mauvais. Le plus nous donnons une nature biologique à la condition en l'isolant des facteurs psychologiques et sociaux, des circonstances de vie et de l'environnement de travail, plus nous attribuons une permanence et une gravité à des aspects qui ne sont ni permanents, ni tellement grave et qui ne devraient pas disqualifier les gens. Les médias, grâce à leur puissance, pourraient avoir beaucoup d'impact pour replacer les choses en perspective.

**Le sénateur Roche:** Un candidat serait-il disqualifié aujourd'hui s'il s'avérait souffrir d'un type de maladie mentale, avoir besoin d'un traitement psychiatrique ou de quelque chose de similaire?

**M. Arnett:** Je regrette de dire que je crois devoir répondre «oui», particulièrement si la personne requiert des électrochocs ou des médicaments antipsychotiques.

**Le président:** Prendre un médicament quelconque de façon continue?

**M. Arnett:** Malheureusement, nous n'avons pas encore dépassé ce point.

**Mme Scheffer:** Les agences pour la santé mentale peuvent jouer un rôle additionnel, tout comme les médias; ce rôle concerne la couverture de suicides ou d'histoires négatives et faire des suppositions. Des discussions ont eu lieu avec les médias pour ne pas médiatiser les suicides. C'est le premier élément. Il s'agit d'un aspect sur lequel nous devrions continuer de discuter. Deuxièmement, il n'y a pas vraiment l'ombre d'une histoire si le média n'a personne à qui parler.

Par exemple, lorsqu'il est question dans les médias d'une personne qui pourrait avoir eu des problèmes de santé mentale ou avoir été traité en conséquence, et que des journalistes téléphonent à notre organisation, notre politique est de ne pas discuter ou de ne pas sembler faire des suppositions sur la personne faisant l'objet du reportage dans les médias. Non seulement nous ne commentons pas l'événement spécifique, mais nous ne parlerons pas non plus en termes généraux, par exemple, pour donner notre opinion sur une mère qui aurait pris son enfant avant de se lancer devant le métro. Nous avons choisi de ne pas participer à ce genre de supposition.

**Mme Hall:** Je désire ajouter qu'il y a un autre rôle, plus ou moins en contradiction avec ce qui a été dit. Le rôle que je jouais, le cas échéant, était d'expliquer ce qu'était une dépression post-partum ou de trouver un clinicien qui le ferait. Fréquemment, dans les cas où une personne atteinte d'un trouble psychique se retrouvait en difficulté avec la loi, il y avait deux victimes. Vous devez expliquer la perspective de cette personne, parce qu'on tente de lui faire porter le blâme et qu'on la perçoit comme le mal. Elles sont souvent autant les victimes que les autres. Je jouais ce rôle.



and it is missing from the discourse. I appreciate there is a policy difference and there was a difference in terms of my being an advocate.

The other thing that is missing since the office closed is an independent annual accounting of the service system. That does not happen, which speaks to the need for some sort of independent and ongoing evaluation.

**Ms. Shoush:** I wanted to offer a positive example. Years ago, when Wayne Gretzky was with the Oilers, he brought a young man who had a mental disability to take a very prominent place in the equipment room, right on the bench with the other players. He kept him there all through his career with the Oilers. He stayed well beyond Wayne Gretzky's time there. Having this young man present as part of the team helped normalize this kind of condition and show that this is how you include people. You find ways to acknowledge their skills, give them something to do and let them be successful at it.

**Senator Keon:** I will ask a difficult question. I will not direct it at any one person, but I would like all of you to comment.

From previous testimony and from yours, it has become pretty clear that the current system for dealing with this phenomenal medical-social situation is not properly designed. We have heard from previous witnesses that we need a completely new operational frame of mind, a new paradigm, a new way of thinking to design a method of dealing with this. We have heard today from you that we have to move this out of the biomedical model into a biological, sociological, psychological model, which is fundamentally a holistic approach.

The one view that seems to be consistent is that if you can arrange early intervention, particularly as it relates to age, but also after the onset of the mental illness, you will be much more successful than later on, because the problem becomes compounded.

If you had the ability to design the safety net, the social system, the medical system to deal with this situation, how would you do that? Would you begin with something like a regional program? Do you think it could be handled through provincial programs, with secondary regionalization? Do you think it requires a national program? Do you think it requires national-provincial coordination? Who could design such a program?

**Ms. Shoush:** Thank you for that question, Senator Keon. Maybe I could offer as a potential approach something that is being done in Alberta. The government has identified a number of cross-ministry priorities that require action as a way of trying to break down silos among departments in addressing a single issue.

Cela ne se fait plus maintenant et on n'entend plus cette perspective dans les discours. J'apprécie qu'il y ait une différence en matière de politique et il y avait une différence puisque j'en défendais le point de vue.

Un autre élément manque depuis la fermeture du bureau; un compte-rendu annuel indépendant du système du service. Cela n'arrive pas; cela illustre le besoin d'une sorte d'évaluation indépendante continue.

**Mme Shoush:** Je voudrais présenter un exemple positif. Il y a de cela un certain nombre d'années, lorsque Wayne Gretzky jouait pour les Oilers; il a amené un jeune homme atteint d'un handicap mental à prendre une place très visible dans la chambre d'équipement, directement sur le banc avec les autres joueurs. Il l'a gardé là durant toute sa carrière avec les Oilers. Le jeune homme est resté là bien plus longtemps que Wayne Gretzky. Avoir ce jeune homme présent dans l'équipe aidait à normaliser ce genre de condition et montrait que c'était la façon d'inclure les gens. Vous trouvez des façons de reconnaître leurs habiletés, vous leur donner quelque chose à faire et vous les laissez réussir ce qu'ils font.

**Le sénateur Keon:** Je vais poser une question difficile. Je ne l'adresse pas à une personne en particulier, mais j'aimerais un commentaire de chacun de vous.

Avec les témoignages précédents et vos propres témoignages, il est devenu évident que le système actuel pour traiter cette situation médico-sociale phénoménale n'est pas conçu de façon appropriée. Nous avons entendu, de la part des témoins précédents, que nous devons adopter un cadre perceptuel, un paradigme, une façon de penser, une méthode totalement nouvelle, dans le déroulement des activités, pour faire face à la situation. Nous vous avons entendu dire que nous devons nous éloigner du modèle biomédical pour nous rapprocher d'un modèle psycho-socio-biologique, lequel est fondamentalement une approche globale.

La seule perspective qui semble cohérente est que si vous pouvez intervenir de façon précoce, particulièrement par rapport à l'âge, mais aussi par rapport à l'apparition de la maladie mentale, vous réussirez beaucoup mieux que si l'intervention se fait tard, parce que les problèmes se conjuguent alors entre eux.

Si vous aviez le pouvoir de concevoir le filet social, le système social, le système médical en rapport avec cette situation, que feriez-vous? Commenceriez-vous par l'implantation d'un programme régional? Croyez-vous pouvoir vous occuper des programmes au niveau provincial avec des régionalisations secondaires? Croyez-vous en la nécessité d'un programme national? Croyez-vous en la nécessité d'une coordination nationale-provinciale? Qui pourrait concevoir un tel programme?

**Mme Shoush:** Merci de nous poser cette question, sénateur Keon. Peut-être pourrais-je offrir à titre d'approche potentielle, une initiative qui a lieu en ce moment en Alberta. Le gouvernement a identifié un nombre de priorités interministérielles requérant une intervention en vue d'éliminer l'effet de silo parmi les ministères qui tentent de résoudre le même problème.



There is something called an "Aboriginal Policy Initiative" that binds the deputy ministers to certain actions. The Aboriginal Policy Initiative goals are published in the government's annual business plan. I have this year's version with me. Deputy ministers are all required to demonstrate how their department has acted in concert with other departments to address the issue and work toward targets that are published in the document.

If you could begin by identifying how you might deal with mental health issues that affect Aboriginal populations and develop a model there, you might go far toward addressing a model that would work for everyone. Aboriginal people are the greatest users by far of mental health services, and yet they have the greatest struggle in getting access to them.

You have to involve communities in designing what would work for them. I do not think that a one-size-fits-all model would work, but the principle of working to breakdown barriers across governments and across departments and involving communities is one part of the approach. It has to involve persons who are facing the particular disability or health issue. They need to be part of it.

**Ms. Hall:** I am aware that Canada stands alone among G8 countries of similar economic status in not having a national mental health policy, and I think that is a cause for shame.

**The Chairman:** That statement blew me away. I knew a few countries had one. That is a very interesting observation.

**Ms. Hall:** We could develop something. There are obviously political issues within the federal-provincial relationship and then within the provinces. There are the relationships between the regional health authorities, at least in my province, and the provincial government. Everyone at the federal level is concerned about impinging on the provincial level, and the provincial level is concerned about impinging on the regional level. Nevertheless, we have a system that is evolving without standards. Work could be done at the national level on broad-based standards.

It is clear in terms of professional practice that people are not trained. Again, my job is advocating for those with serious and persistent mental illness. I am talking about competencies, including workforce implications. Other countries have worked on that, and New Brunswick would be similar to British Columbia. There is no need for each province to reinvent its own. There are issues in relation to the information monitoring and sharing systems.

Things could be done at the broad national level. There are enabling strategies that could be taken on. At the end of day, there is tension in our province. Five regional systems are now being developed, which is not right. You would never see cardiovascular care or cancer care devolving. You would have a provincial standard and then deliver it in a decentralized way.

On y a créé une initiative sur «la politique autochtone» qui engage les sous-ministres à enclencher certaines actions. Les objectifs de l'initiative sont publiés dans le plan gouvernement annuel. J'ai la version de cette année en ma possession. Les sous-ministres doivent tous démontrer comment leur ministère a collaboré avec d'autres ministères en vue de résoudre le problème et d'atteindre les objectifs publiés dans le plan.

Si vous pouviez commencer par identifier des façons de résoudre les problèmes de santé mentale qui touchent les populations autochtones et y construire un modèle, vous pourriez aller loin dans la création d'un modèle qui s'appliquerait à tout le monde. Les peuples autochtones sont, de loin, les plus grands utilisateurs de services de santé mentale et, pourtant, ce sont eux qui ont le plus de difficulté à y avoir accès.

Vous devez faire participer les communautés à la création de ce qui fonctionnerait pour elles. Je ne crois pas qu'un modèle unique serait adéquat, mais le principe selon lequel du travail est accompli pour faire tomber les barrières entre les gouvernements et les ministères et faire participer les communautés constitue un aspect de l'approche. Le modèle doit faire participer les gens qui font face à des handicaps ou à des problèmes de santé particuliers. Ces gens doivent participer.

**Mme Hall:** Je sais que le Canada est le seul pays du G8 constitué de pays possédant un statut économique similaire à ne pas avoir de politique nationale touchant la santé mentale, et je crois que nous devrions en avoir honte.

**Le président:** Cette déclaration m'a renversé. Je savais que quelques pays en avaient une. Il s'agit d'une observation très intéressante.

**Mme Hall:** Nous pourrions élaborer quelque chose. De toute évidence, il existe des enjeux politiques en ce qui concerne la relation fédérale-provinciale et au sein même des provinces. Il y a des relations entre les autorités sanitaires régionales et le gouvernement provincial, du moins dans ma province. Tout le monde au fédéral se préoccupe d'empiéter sur les plates-bandes des provinces et celles-ci se préoccupent d'empiéter sur les autorités régionales. Néanmoins, notre système évolue sans normes. Du travail pourrait être fait au niveau national sur des normes élargies.

Il est évident, en ce qui concerne la pratique professionnelle, que les gens ne sont pas formés. Je répète que mon travail consiste à défendre ceux et celles souffrant d'une maladie mentale grave et persistante. Je parle de compétences, y compris de main-d'œuvre. D'autres pays se sont attaqués au problème; et la situation au Nouveau-Brunswick serait similaire à celle régnant en Colombie-Britannique. Il n'est pas nécessaire que chaque province réinvente son propre modèle. Il existe des problèmes concernant la surveillance de l'information et les systèmes de partage.

Certains aspects pourraient être traités au niveau pancanadien. Certaines stratégies habilitantes pourraient être adoptées. En fin de journée, il y a de la tension dans notre province. Cinq systèmes régionaux sont en élaboration; ce n'est pas correct. On ne verrait jamais les soins aux personnes cardiaques ou cancéreuses être dévolus. On aurait une norme provinciale qu'ensuite on appliquerait de façon décentralisée.



Your question is difficult to answer because many people think they are doing the best they can in a difficult situation. It is hard to introduce more rigour and family participation because you are stepping on people's vision of what is a good thing. The truth is that we have no sense of standards. Nova Scotia was the first province that I know of to issue a set of mental health standards. They are published on the Web site, and it is very brave of them and important for them to do so. I think that is the role the provincial government should be taking.

All three levels have a role. It is tricky, but we can do it.

**The Chairman:** We fully understand that there is no way we can do anything useful in this field without stepping on a lot of toes. We are oblivious to that fact. We will call it like it is. If people get mad at us, they get mad at us.

**Mr. Arnett:** Senator Keon asks whether we should involve the regional health authorities. This is an organizational management model and a long way from where we need to start.

A document could talk about determinants of health — in other words, those factors which contribute to health. I think that leads to a model. It is not just because I am an academic clinician that I believe that modelling is important in how you structure things, but because it affects the way you think and look at things. Management structures come later. Talking about whether it should be regional or provincial, or whether there should be federal regulations, is much further down the line.

You have to understand the causes of mental illness, and you have to have some sense of their breadth. There is not just one cause; it is not a defect in the hypothalamus or the frontal lobes. We know that, for example, drugs affect the brain in certain ways, and we know that psychotherapy affects the brain in similar ways; there are multiple ways to get to the same point.

However, the conceptual model you use is very important. If you conceptualize it as a disease entity that needs to be eradicated with surgery or medicine, you approach it from one perspective. If you look at what precipitates a schizophrenic event, it is often stress in people's lives. Their biology has not changed. Something has impinged upon them — some significant, major, stressful event — something in the environment, if you will, not in their bodies.

If we want to talk about preventing that, we have to look at those dynamic forces — where they live or work, whether there are family interactions and so on — in addition to biology. The model becomes important.

Votre question est difficile à répondre parce que plusieurs personnes croient qu'elles font de leur mieux dans une situation difficile. Il est ardu d'introduire plus de rigueur et la participation des familles parce que vous ébranlez l'opinion des gens relativement à ce qui est une bonne chose. La vérité est que nous n'avons aucun sens normatif. À ma connaissance, la Nouvelle-Écosse fut la première province à établir un ensemble de normes sur la santé mentale. Elles sont publiées sur le site Web; c'est brave de leur part et important pour eux de l'avoir fait. Je crois que c'est le rôle que devrait remplir le gouvernement provincial.

Les trois ordres de gouvernement détiennent un rôle. C'est trompant, mais nous pouvons y parvenir.

**Le président:** Nous comprenons très bien que d'aucune façon nous ne puissions accomplir des choses utiles dans ce domaine sans piler sur beaucoup de pieds. Nous sommes inconscients de ce fait. Nous l'appellerons comme il est. Si les gens se mettent en colère contre nous, ils se mettent en colère contre nous.

**M. Arnett:** Le sénateur Keon demande si nous devrions faire participer les autorités sanitaires régionales. Il s'agit d'un modèle de gestion organisationnelle et très éloigné d'où nous devons commencer.

Un document pourrait traiter des déterminants de la santé — en d'autres mots, des facteurs qui favorisent la santé. Je crois que cela mène à un modèle. Ce n'est pas uniquement parce que je suis un clinicien universitaire que je crois que l'établissement d'un modèle est important pour la façon dont on structure les choses, mais parce que cela a un impact sur la façon dont vous pensez et envisagez les choses. Les structures de gestion arrivent plus tard. Parler de si le modèle devrait être régional ou provincial, ou s'il devrait y avoir des règlements fédéraux si situé à une étape beaucoup plus éloignée.

Vous devez comprendre les causes de la maladie mentale, et vous devez avoir une certaine connaissance de leur ampleur. Il ne s'agit pas uniquement d'une seule cause; il ne s'agit pas d'un dysfonctionnement de l'hypothalamus ou des lobes frontaux. Nous savons, par exemple, que les drogues influent sur le cerveau de certaines façons, et nous savons que la psychothérapie influe sur le cerveau de façons similaires; il existe de multiples façons d'arriver au même point.

Toutefois, le modèle conceptuel que vous utilisez est très important. Si vous conceptualisez le trouble comme une entité malade qui doit être éradiquée par la chirurgie ou par des médicaments, vous l'approchez d'une perspective particulière. Si vous déterminez ce qui précipite un événement schizophrénique, il s'agit souvent du stress dans la vie des gens. Leur biologie n'a pas changé. Quelque chose a empiété sur eux — un événement significatif, important et troublant — quelque chose dans l'environnement, si vous préférez, pas dans leur corps.

Si nous désirons parler de prévention, nous devons jeter un coup d'œil à ces forces dynamiques — où ils vivent et travaillent, s'il y a des interactions familiales et ainsi de suite — en plus de la biologie. Le modèle devient important.

We have to look at the multiplicity of factors and begin to recognize that if people do not have a place to live, maybe that creates a certain amount of stress in their lives. Maybe they do not have enough money to buy milk or bread. Maybe they are disorganized; they cannot find their way home and that creates a certain amount of stress. Maybe they do not know how to use the bus system.

The way we have looked at it so far is to say they have aberrant biology. Something is wrong with their neurotransmitter systems. We have looked at them as if they were under a microscope and imaged things that we say are related to mental health problems — this is where the problem is, in the inferior frontal lobes. That led to treatments like prefrontal lobotomies that, in the literature, are coming back as suggested treatments for people with schizophrenia and other mental illnesses. I have to ask how far we have moved forward.

We need to start with the model and let the management and organizational structures weigh decisions. I work within a regional health authority. As Senator Keon knows, decisions are made in regional health authorities not only on the basis of what is right, they are made on the basis of who has power and whom you do not want to influence negatively.

These are some of the issues and this is where we have to start. I understand that the group within the federal government that produced the determinants of health has been disbanded. Many of the things that challenge the existing models have been disbanded, put aside, put out to pasture. Why? I think it was because they were threats to the prevailing model and needed to be dealt with in the most efficient and intellectually acceptable way — you just get rid of them through a budget cut. That is a problem.

**Senator Keon:** Do you have any idea how you could convince the people around you to allow you to construct such a model and to work within it?

**Mr. Arnett:** I have at least succeeded in creating a psychology program within the Winnipeg Regional Health Authority. I have been sufficiently political to do that. My experience has been that you have to start and believe that most people want to do the right thing. That is my view.

The problem is that sometimes, to whom they listen is influenced by a whole variety of factors, and sometimes data bother people, bore them and so on. I think you need to persist. My sense is that success is 99 per cent persistence and 1 per cent brains. If you keep working at it, you will probably succeed in convincing some people at some time that something you have to say is good.

Nous devons tenir compte de la multiplicité de facteurs et commencer à reconnaître que si les gens n'ont pas d'endroit où vivre, peut-être cela crée un certain niveau de tension dans leur vie. Peut-être n'ont-ils pas suffisamment d'argent pour acheter du lait ou du pain. Ils sont peut-être désorganisés; ils ne peuvent retrouver leur maison et cela engendre un certain niveau de tension. Peut-être ne savent-ils pas comment utiliser le transport en commun.

La façon dont nous avons envisagé les choses jusqu'à maintenant est qu'ils ont une anomalie biologique. Leurs systèmes de neurotransmetteurs ne fonctionnent pas correctement. Nous les avons perçus comme s'ils étaient sous un microscope et imaginé des choses que nous disons liées à des problèmes de santé mentale — c'est là que réside le problème, dans les lobes frontaux inférieurs. Cela a créé des traitements tels que la lobotomie préfrontale qui, dans la documentation scientifique, est à nouveau suggérée comme traitement des gens atteints de schizophrénie et d'autres maladies mentales. Je me demande à quel point nous avons progressé.

Nous devons commencer avec le modèle et laisser les structures de gestion et d'organisation peser les décisions. Je travaille pour des autorités sanitaires régionales. Comme le sénateur Keon le sait, les décisions sont prises au niveau régional, non seulement sur la base de ce qui est approprié, mais aussi de qui détient le pouvoir et sur qui vous ne voulez pas exercer une influence négative.

Il existe certains problèmes et c'est là que nous devons commencer. On m'a dit que le groupe responsable de la production des déterminants de la santé a été dissolu. Plusieurs des éléments qui mettent au défi les modèles actuels ont été dissolus, mis de côté, mis à la casse. Pourquoi? Je crois que c'est parce qu'ils constituaient des menaces au modèle prédominant et devaient être envisagés de la façon la plus efficace et la plus acceptable sur le plan intellectuel — on s'en débarrasse simplement à l'aide de compressions budgétaires. Il s'agit d'un problème.

**Le sénateur Keon:** Avez-vous une idée de la façon par laquelle vous pourriez convaincre les gens autour de vous de vous laisser construire un tel modèle et de s'y conformer?

**M. Arnett:** J'ai au moins réussi à créer un programme de psychologie au sein du Winnipeg Regional Health Authority. J'ai agi de façon suffisamment politique pour cela. Selon mon expérience, vous devez commencer à croire que la plupart des gens veulent faire ce qu'il faut. C'est mon opinion.

Le problème est que, parfois, ils choisissent d'écouter une personne en fonction d'une variété de facteurs, et parfois les données ennui les gens, les submergent et ainsi de suite. Je crois que vous devez persister. Je crois que le succès est imputable à la persistance à 99 p. 100 et à l'intelligence à 1 p. 100. Si vous continuez d'y travailler, vous réussirez probablement à convaincre certaines personnes, à un certain moment que ce que vous avez à dire fait du sens.



**Ms. Scheffer:** I would not even begin to go where people have been delving in terms of comprehensive systems, but here is my contribution: It takes will. It takes political will; it takes a champion.

I think back to the early 1980s, when Larry Grossman was the Minister of Health in Ontario. We never saw more change than when he was the Minister of Health. That was his issue. He took it on and he made change because he had the will. That is what I would offer to you.

**Mr. Arnett:** Also, go back and take a look at Marc Lalonde's report; that was pretty progressive material.

**Senator Keon:** Quite right.

**Senator Morin:** I would like to address the matter of violence in relation to stigma. I think it is a very specific issue in mental illness. Ms. Hall referred to discrimination in other types of illness, or even against gays and lesbians. However, gays and lesbians are not violent, so it is relatively easy not to discriminate against them.

You gave figures — between 15 and 27 per cent of encounters with the justice system involve people with mental disease; and psychotics, especially if they use drugs, are violent. Those of us who visited the Pinel institute in Montreal, which is a forensic psychiatric institute, felt that violence was everywhere. It permeates the whole place. Actually, they have a research centre there on violence. It is certainly an issue here.

People are afraid of violence, especially unpredictable violence — and some of it is unpredictable. It is not the same type of discrimination as for other illnesses — cancer, AIDS or other conditions. It is based on fear and we have to address that.

It is not easy because some of these patients are psychotic; it is unpredictable. I agree that most of the violence is directed to families; the parents of schizophrenic patients tell terrible stories of having their house burned down and things like that. It is terrible for the parents and for the brothers and sisters. That element should be addressed.

I do not think that it is enough to say, "Well, you know, it is minor and it is rare, it is only three per cent." Of course, it is only three per cent of all violence, but it is still there, and if you consider patients suffering from schizophrenia, it is more than three per cent. I would like to know how you react to that. This question is asked in a positive way, to help address the serious issues of stigma, fear and discrimination involving patients with mental illness.

**Mr. Arnett:** In response to that comment, senator, it is not only patients with mental illness who are seen to be violent. For example, many of the patients I deal with as a neuropsychologist have brain injuries; they have frontal lobe and other injuries that also contribute to violence because of disinhibition. For example, you see a debate from time to time about those with epilepsy,

**Mme Scheffer:** Je ne commencerais même pas là où des gens ont fouillé en ce qui concerne les systèmes complets, mais voici ma contribution: cela prend de la volonté. Cela prend de la volonté politique; cela prend un défenseur.

Je repense au début des années 80, lorsque Larry Grossman était le ministre de la Santé en Ontario. Nous n'avons jamais vu autant de changements qu'à cette époque. Il s'agissait de son enjeu. Il en a pris la responsabilité et a apporté des changements parce qu'il avait de la volonté. C'est ce que je vous offrirais.

**M. Arnett:** Aussi, regardez dans le passé, le rapport de Marc Lalonde; il contenait un matériel assez progressiste.

**Le sénateur Keon:** C'est vrai.

**Le sénateur Morin:** Je voudrais poser une question sur la question de violence liée au stigmate. Je crois qu'il s'agit d'un problème très spécifique à la maladie mentale. Mme Hall a fait référence à la discrimination en rapport avec d'autres types de maladie, ou même en rapport avec les gais et les lesbiennes. Toutefois, les gais et les lesbiennes ne sont pas violents, alors c'est relativement facile de ne pas les discriminer.

Vous avez des chiffres — entre 15 et 27 p. 100 des personnes citées à procès souffrent d'une maladie mentale; et les psychotiques, particulièrement s'ils se droguent, sont violents. Ceux qui d'entre nous ont visité l'Institut Pinel de Montréal, lequel est un institut de psychiatrie médico-légale, ont pu sentir que la violence était partout. Elle imprègne toute la place. D'ailleurs, on y retrouve un centre de recherche sur la violence. Il s'agit certainement d'un problème ici.

Les gens craignent la violence, en particulier celle qui est imprévisible — et elle est en partie imprévisible. Il ne s'agit pas du même genre de discrimination que celle touchant les autres maladies — le cancer, le Sida ou d'autres conditions. Elle est basée sur la peur et nous devons en parler.

Ce n'est pas facile parce que certains de ces patients sont psychotiques; c'est imprévisible. D'accord, cette violence est principalement dirigée vers les familles; les parents de patients schizophrènes racontent d'horribles histoires dans lesquelles leur maison a brûlé et d'autres choses du genre. C'est terrible pour les parents ainsi que pour les frères et sœurs. Cet élément doit être discuté.

Je ne crois pas que c'est suffisant de dire: «bien, vous savez, ce n'est pas grave et c'est rare, ce n'est que 3 p. 100 des cas». Bien sûr, cela ne compte que pour 3 p. 100 de tous les actes violents, mais cela existe, et si vous prenez les patients souffrant de schizophrénie, c'est plus de 3 p. 100. J'aimerais savoir comment vous réagissez à cela. Je vous pose cette question de façon positive, pour aider à résoudre l'important problème du stigmate, de la peur et de la discrimination visant les personnes atteintes d'une maladie mentale.

**M. Arnett:** En réponse à ce commentaire, monsieur le sénateur, je dois dire que ce ne sont pas seulement les malades mentaux qui sont violents. Par exemple, plusieurs des patients à qui j'ai affaire à titre de neuropsychologue ont des lésions cérébrales; des lésions au lobe frontal et d'autres lésions qui contribuent aussi à la violence à cause de la désinhibition. Par exemple, on voit de temps

particularly temporal lobe epilepsy, in which there is a fear that these people will become uncontrollably violent. There are people with other disorders who could potentially become violent — and in some instances, more so than patients who are mentally ill.

There is no question that the stigma and the fear of violence on the part of the general public are greatest with respect to those who have mental health disorders. I think part of it is publicity. You do not need to see *One Flew Over the Cuckoo's Nest* too many times to develop a strong image of a person who is out of control all the time. In fact, that is an illusion, a myth.

There are more myths about violence in mental health conditions that permeate the general population that I think need to be addressed directly. My colleagues have suggested that working and spending time with patients who have mental health disorders will dispel a number of these myths. Media have a very powerful influence, and could be a powerful influence for good by pointing out the realities.

**Ms. Hall:** I would have studied harder if I had known these questions would be so intense.

Think about violence for a moment. I noticed in the paper yesterday the idea that mental illness could be a result of violence. We talked about the Canadian Forces and post-traumatic stress disorder and the mental illness that can be experienced in reaction to being in a violent situation. Mental illness can be a result of violence.

In the next month, I will convene a workshop on people with developmental disabilities, brain injury and mental health issues. We are naming it "People with Challenging Behaviours." I do not think the system is trained to respond appropriately. The people who are most difficult are the least likely to get help, which is not their fault. Until recently, if you had a mental health diagnosis and an addiction, you would not be treated in the mental health system or the addiction system. You were on the street and in difficulty. As in my example of emergency rooms, we do not prepare people. In the developmental disability community, workers are trained in non-violent crisis intervention, gentle teaching and how to respond to a disordered nervous system in the most appropriate way that will produce the safest community response and the most well-being for that person.

Yes, it is an issue, and we need to get behind it. It is very complex, not one-dimensional; that is, "mentally ill people cause violence." Mental illness is a result of violence and mentally ill people are more likely to do violence to themselves than others. It is also a matter of understanding probability and risk, because the problem, mental health care consumers or people with mental illness tell me, is we have to be able to predict violence. The people

à autres des débats sur les personnes atteintes d'épilepsie, particulièrement l'épilepsie temporale, où on craint des poussées de violence incontrôlable. Certaines personnes atteintes d'autres troubles pourraient potentiellement devenir violentes — et dans certains cas, plus que les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Sans contredit, le stigmate et la crainte de violence de la part du public en général concernent les gens souffrant d'un désordre psychique. Je crois que la publicité est en partie responsable. Il n'est pas nécessaire d'avoir vu trop souvent *Vol au-dessus d'un nid de coucou* pour développer l'image d'une personne incontrôlable en tout temps. En fait, il s'agit d'une illusion, d'un mythe.

Il existe plus de mythes sur la violence dans les cas de maladie mentale parmi la population générale que je ne crois nécessaire de traiter directement. Mes collègues ont suggéré que travailler et passer du temps avec des gens atteints d'un trouble psychique dissiperait un certain nombre de ces mythes. Les médias ont une puissante influence et pourraient avoir une influence positive en dépeignant la réalité.

**Mme Hall:** J'aurais étudié davantage si j'avais su que ces questions seraient aussi intenses.

Pensez à la violence quelques instants. Hier, j'ai lu dans le journal l'idée que la maladie mentale pourrait être un résultat de la violence. Nous avons parlé des forces armées canadiennes et du syndrome de stress post-traumatique et la maladie mentale qui peuvent apparaître après avoir été dans une situation violente. La maladie mentale peut être un résultat de la violence.

Au cours du prochain mois, je vais donner un atelier à des gens atteints de déficience développementale, de lésion cérébrale et de maladie mentale. Nous l'avons appelé «Des gens à comportement compliqué». Je ne crois pas que le personnel du système est formé pour réagir de façon appropriée. Les gens les plus difficiles sont ceux étant les moins susceptibles de chercher de l'aide, et ce n'est pas leur faute. Jusqu'à tout récemment, si vous receviez un diagnostic de trouble mental et de dépendance, vous n'étiez pas traité dans le système de soins de santé mentale, ni par le système de lutte contre la toxicomanie. Vous étiez dans la rue et dans le trouble. Comme dans mon exemple des salles d'urgence, nous ne préparons pas les gens. Les travailleurs en déficience développementale sont formés pour intervenir de façon non violente en cas de crise, pour éduquer doucement et pour répondre adéquatement à un système nerveux désordonné, de façon à produire une réponse communautaire la plus sécuritaire et dans le meilleur intérêt de la personne.

Oui, c'est un problème, et nous devons en lever le voile. Il est très complexe, non unidimensionnel; du genre «les malades mentaux causent de la violence». La maladie mentale est un résultat de la violence et les personnes atteintes d'un trouble psychique sont davantage susceptibles d'être violentes envers eux-mêmes qu'envers les autres. Il faut aussi comprendre les probabilités et les risques, parce que le problème, selon ce que



in the forensic field are busy at that. Chris Webster, a colleague, works on the actuarial issue of predicting violence.

The difficulty is that when a small percentage is always in the news, everyone else gets tarred with the same brush. It then becomes unsafe to talk about having a mental illness, because you are labelled as part of that group.

We need to look at a national strategy in a systematic way, as we are with the National Drug Strategy. However, we are not doing anything. We are not providing the essential training for frontline workers. If you are in a psychotic moment and I come at you too closely, I evoke that violent response, not knowing there is another way to be. I am trying to work with police officers so that when they are dealing with a psychotic person, they do not escalate the levels of force. You can do things that will not produce a violent response, if you know how. Most of our frontline people are not well trained to do that and I hope the committee will show some leadership and say we need training in this area.

**Ms. Shoush:** I too have a response to that. The question clearly shows a link between the Department of Health silo and the Department of Justice and Solicitor General areas of responsibility. I think the public needs an open and transparent process. We can demonstrate to the public that we are concerned about their safety and well-being when dealing with persons who have a mental illness and who have also committed an offence or a crime.

In some of our Aboriginal communities in Alberta, we have courts on the reserves, where in order to have access to the justice circle, people have to accept responsibility. They have to accept that while they may have been victims in the past, they cannot offer that up as an excuse for bad behaviour in the present. They have to acknowledge that they have committed an offence and then be part of the circle of solution, of getting to a resolution where somebody is held accountable, the community sees that accountability in the justice system and that it is working to make communities healthy. People may also, as part of their sentence, have to get treatment for mental health or addictions issues that might arise. You need to develop processes where the ministries that might have a role to play are involved in the solution.

After listening, I have one question. In some ways, it is a follow-up to Dr. Keon's question. We are all shocked to hear we are at the bottom of the barrel. If we are, can you perhaps give us direction as to those jurisdictions, those countries that are at the top of the barrel to which we might go for guidance? There is no need to constantly reinvent the wheel, but to which jurisdictions can we go that would give us a lead or some excellent advice on

m'ont dit les consommateurs de soins de santé mentale ou les gens atteints d'une maladie mentale, est que nous devons pouvoir prévoir la violence. C'est ce que tentent de faire les chercheurs du domaine médico-légal. Chris Webster, un collègue, travaille sur la question actuarielle de prévision de la violence.

La difficulté est si un petit pourcentage fait toujours la une, tous les autres sont touchés de la même empreinte. Il devient alors dangereux de parler du fait de souffrir d'une maladie mentale, parce qu'on vous étiquette comme faisant partie de ce groupe.

Nous devons établir une stratégie nationale d'une façon systématique, comme nous le faisons dans le cas de la stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, nous ne faisons rien. Nous ne fournissons pas la formation essentielle aux travailleurs de première ligne. Si vous traversez une crise psychotique et je viens trop près de vous, je provoque cette réaction violente, ne sachant pas comment agir autrement. J'essaie d'apprendre aux agents de police à ne pas escalader le niveau de force lorsqu'ils font face à une personne psychotique. Vous pouvez faire des choses qui ne provoqueront pas de réponse violente, si vous savez comment vous y prendre. La plupart de nos travailleurs de première ligne ne sont pas bien formés pour faire cela et j'espère que le comité fera preuve de leadership en disant que de la formation dans ce domaine est essentielle.

**Mme Shoush:** J'ai aussi une réponse à cette question. La question illustre clairement un lien entre le silo du ministère de la Santé et les zones de responsabilité du ministère de la Justice et du solliciteur général. Je crois que le public a besoin d'un processus ouvert et transparent. Nous pouvons démontrer au public que nous nous préoccupons de leur sécurité et de leur bien-être lorsqu'ils font face à des personnes atteintes d'une maladie mentale et qui ont aussi commis une offense ou un crime.

Dans certaines de nos communautés autochtones d'Alberta, nous avons des cours dans les réserves où, afin d'avoir accès au cercle de la justice, les gens doivent accepter des responsabilités. Ils doivent accepter que même s'ils ont été victimes dans le passé, ils ne peuvent pas utiliser le motif pour excuser un mauvais comportement aujourd'hui. Ils doivent reconnaître qu'ils ont commis une offense, puis de faire partie du cercle de solution, de parvenir à une résolution où quelqu'un est tenu de rendre compte, la communauté perçoit cette obligation de rendre compte dans le système judiciaire et que ce dernier œuvre pour rendre les communautés saines. Les gens peuvent aussi, dans leur sentence, devoir suivre un traitement dans les cas où la santé mentale ou la toxicomanie s'avère un problème. Nous devons développer des processus par lesquelles les ministères qui pourraient avoir un rôle à jouer participent à la solution.

Après avoir écouté, j'ai une question. D'une certaine façon, il s'agit d'une suite à la question du Dr Keon. Nous sommes tous atterrés d'entendre que nous avons atteint le fond du baril. Si c'est le cas, peut-être pourriez-vous nous donner des indications quant à ces ordres de gouvernement, ces pays qui se trouvent en premier et dont nous pourrions nous inspirer? Il n'est pas nécessaire de constamment réinventer la roue, mais vers quels gouvernements

how to proceed? This committee will have to make recommendations, and if those were based on sound research and practical experience, it would be very helpful to us.

**Ms. Scheffer:** I will answer from my perspective and speak to the health promotion aspect. I will allow my colleagues to look at it more from the systematic or policy aspects.

They have done wonderful, evidence-based work in the U.K. and in Australia. In the U.K., the Royal College of Psychiatrists is in the seventh or eighth year of strategic public awareness, designed to encourage people to seek help. Through their work, they see increased numbers of people seeking help, and the earlier people get help, the less serious the nature and scope of the illness and the lower the burden on the health care system. It affects bottom lines all over the place.

I would suggest that the U.K. has done excellent work that is strategic and well resourced. Australia has done so as well.

It is public awareness and health promotion, not just patient care. It is not a bed, an MRI or a piece of equipment. You cannot touch it or see it; therefore, historically, it has not been well funded at all. That is where these two jurisdictions have done well.

**Ms. Hall:** I had an opportunity to review other nations' mental health policies. It was limited to countries of similar economic strata.

I have also had several conversations with Phil Upshall, who has spoken to this committee.

There is good rhetoric and policy in England, Scotland and Ireland. Data from the European Mental Health Policy Network, which is an EU organization of mental health policy leaders, would also affirm that England, Ireland, Scotland, Germany and Greece are identified as having done that. There is a Web site to which I can direct you.

Certainly, the work in New Zealand is remarkable in recognizing the need for Aboriginal mental health workers, for espousing Aboriginal values, for funding for that and for reporting the results to Parliament. I was in New Zealand this past summer and I was extremely impressed with their "just doing it."

Australia also has a national mental health policy framework and I was interested in their involvement in primary care and their work with GPs. Eighty per cent of seriously and persistently ill people are dealing with the fee-for-service medical system. However, if you talk to the consumers and families, they will say that they have nice words and big fat documents, but people are still hurting. For whatever reason, they have not had the

pouvons-nous aller pour obtenir des conseils et des guides sur comment procéder? Ce comité devra faire des recommandations, et si celles-ci étaient fondées sur des recherches crédibles et une expérience pratique, ce serait très utile.

**Mme Scheffer:** Je vais répondre en fonction de mon domaine et parler de l'aspect de promotion de la santé. Je vais laisser mes collègues traiter de la question selon les aspects systématiques ou politiques.

Le Royaume-Uni et l'Australie ont fait d'excellentes études fondées sur des résultats cliniques et scientifiques. Au Royaume-Uni, le Royal College of Psychiatrists en est à sa septième ou huitième année d'application d'une stratégie de sensibilisation du public visant à encourager les gens à chercher de l'aide. Grâce à son travail, le nombre de personnes qui consultent en santé mentale a augmenté, et plus les gens consultent tôt, moins la nature et la portée de la maladie sont sérieuses et plus léger est le fardeau supporté par le système de santé. Il y a un effet financier bénéfique dans plein de secteurs.

Je suggère que le Royaume-Uni a fait un excellent travail stratégique et bien ressourcé. L'Australie a aussi réussi à faire la même chose.

Il s'agit de sensibilisation du public et de promotion de la santé, non seulement de soins aux patients. Il ne s'agit pas d'un lit, d'un MRI ou d'une pièce d'équipement. On ne peut y toucher, ni la voir; par conséquent, historiquement, elle n'a pas été bien financée du tout. Ce sont dans ces domaines que ces deux États ont bien fait.

**Mme Hall:** J'ai eu l'occasion d'étudier les politiques sur la santé mentale d'autres pays. Il s'agissait de pays d'un statut économique similaire à celui du Canada.

J'ai aussi eu un bon nombre de conversations avec Phil Upshall qui a déjà fait une présentation à ce comité.

Il y a un bon discours et de bonnes politiques en Angleterre, en Écosse et en Irlande. Des données du European Mental Health Policy Network, lequel est constitué de leaders en matière de politiques en santé mentale, démontreraient aussi que l'Angleterre, l'Irlande, l'Écosse, l'Allemagne et la Grèce sont identifiées comme ayant fait de même. Il y a un site Web dont je pourrais vous donner l'adresse.

Certes, la Nouvelle-Zélande a fait un travail remarquable en reconnaissant le besoin de travailleurs autochtones en santé mentale, en adoptant les valeurs des autochtones, en accordant le financement à cet effet et en rendant compte des résultats au parlement. J'ai été en Nouvelle-Zélande l'été dernier et j'ai été très impressionnée par le fait qu'ils avaient l'impression d'accomplir quelque chose de normal.

L'Australie a aussi un cadre de politique nationale en santé mentale et j'étais intéressée par leur engagement concernant les soins primaires et leur travail avec les omnipraticiens. Quarante pour cent des personnes atteintes d'une maladie mentale sérieuse et persistante font face à un système médical de la rémunération des services. Toutefois, lorsqu'on parle aux consommateurs et aux familles, ils disent qu'ils ont des mots



sustained leadership and the resources that were promised to produce the results. It is possible to look around and pick good programs.

However, every Western nation is struggling. We emptied the institutions but we have not put the appropriate resources and safeguarding strategies into place. Safeguarding strategies is an important concept, because we are talking about vulnerable people and the need to ensure that the money taken out of institutions went into the communities. I will not talk about the United States, although they have good examples of clinical best practices in such things as Assertive Community Treatment, family education and peer support. It is possible to find the jewels, but making them work for people continues to be a challenge for everyone. That does not mean we should not try.

**Ms. Shoush:** I would say that we have some growing expertise here in Canada. I look to the Canadian Institutes of Health Research and the research that they are supporting through the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction and the Institute of Aboriginal Peoples' Health. They will be supplying you with a report on this question. I agree with Ms. Hall's comments about New Zealand and Australia. They have done quite a lot of work on Aboriginal people's health.

It would be a good idea for the committee to take a look at a non-Western culture to see whether their approaches to mental health yield better results than ours. I do not know if some Muslim or Buddhist or Hindu countries have approaches that might work, but that would be an option.

**Senator Roche:** It is a fascinating suggestion. I do not know about non-Western countries, but I am intrigued.

I would suggest, to follow up, that research staff be asked to look into the mental health policies of the G8 countries so that we have a comparative base.

**Mr. Arnett:** My colleagues are more knowledgeable than I in this area. One program that I would suggest you look at is the Positive Parenting Program in Australia because it has successfully incorporated the media in providing information and it started at multiple levels. It starts at a very basic level: Some children cry more than others and it is not abnormal; some children are colicky but most get better before you lose all your senses; and then it moves toward higher levels of intervention with more serious problems.

The program in Australia is unique because it combines the media with effective and slick presentations. Australia keeps coming up, but I do not know much about other places.

encourageants et de gros documents, mais les gens ont encore mal. Pour une raison inconnue, ils n'ont pas eu de leadership continu et les ressources qu'on leur avait promis pour produire les résultats. Il est possible de chercher et de choisir de bons programmes.

Toutefois, toutes les nations occidentales se démènent. Nous avons vidé les institutions, mais nous n'avons pas mis les ressources appropriées et les stratégies de sauvegarde en place. La stratégie de sauvegarde est un concept important, parce que nous parlons de gens vulnérables et nous devons nous assurer que l'argent sorti des institutions s'est retrouvé dans les communautés. Je ne vais pas parler des États-Unis, même s'ils ont de bons exemples d'application de meilleures pratiques cliniques dans des domaines tels que les traitements communautaires d'affirmation de soi, l'éducation de la famille et le soutien par les pairs. Il est possible de trouver les perles, mais les entretenir de façon à ce qu'elles continuent de travailler pour les gens continue d'être un défi pour tout le monde. Cela ne veut pas dire que nous ne devons pas essayer.

**Mme Shoush:** Je dirais que notre expertise augmente au Canada. Par exemple, les Instituts canadiens de recherche en santé et la recherche qu'ils appuient par le biais de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, ainsi que l'Institut de santé des peuples autochtones. Ils vous fourniront un rapport sur la question. Je suis d'accord avec Mme Hall en ce qui concerne la Nouvelle-Zélande et l'Australie. Ces pays ont accompli beaucoup de travail sur la santé des peuples autochtones.

Se serait une bonne idée pour le comité de jeter un coup d'œil aux cultures non occidentales pour voir si leurs approches concernant la santé mentale donnent de meilleurs résultats que les nôtres. Je ne sais pas si des pays musulmans ou bouddhistes ont des approches fonctionnelles, mais ce serait fort intéressant de s'y arrêter.

**Le sénateur Roche:** Il s'agit là d'une suggestion fascinante. Mes connaissances en matière de pays de culture non occidentale, mais la question m'intrigue.

Je proposerais d'assurer le suivi sur ce sujet, et de demander aux chercheurs d'étudier les politiques des pays du G8 en matière de santé mentale, afin que nous ayons une base de comparaison.

**M. Arnett:** Mes collègues sont plus informés que moi sur le sujet. Un des programmes auxquels je vous recommanderais de porter une attention particulière est le «Positive Parenting Program» en Australie, car il est parvenu à englober les médias dans son approche, en diffusant de l'information à différents niveaux. En tout premier lieu, le programme débute à la base: certains enfants pleurent plus que d'autres, ce qui n'est pas anormal; certains souffrent de colique, mais leur état s'améliore souvent avant que vous n'en perdiez le sommeil; et finalement il traite de niveaux d'intervention plus poussés que ces derniers, et qui porte sur des troubles graves.

Le programme australien est unique parce qu'il marie les médias à des présentations raffinées et efficaces. L'Australie revient donc toujours, mais j'en sais très peu sur d'autres endroits.

**Senator Léger:** We are going across the world in these discussions. Ms. Shoush made a comment that I loved. She said that the ancient belief of the Aboriginals was that a mental disorder was a gift that brought a person closer to God. We all know that in the big families of 10, 12 or 18 there were always 1 or 2. Those children were protected into adulthood by the family and then by society. That is why I enjoyed Ms. Scheffer's comment about the Workman Theatre Project. That is a way of explaining to society.

We know that artists are often ahead of their time. We know that schoolchildren are sometimes "hyper." Can you clinically, medically identify a person who has the gift of being beyond others, and therefore cannot fit into the system? Is the person categorized under "prescription abuse," or whatever? Can you identify this? You mentioned one who became a great musician. We all know people who avoided prison because they fell onto the right track. Can you identify them?

**Senator Morin:** To provide our witnesses with a little background, ladies and gentlemen, Senator Léger is a well-known actor in French Canada.

**Ms. Hall:** In my early experience of working with people with developmental disabilities, the language of looking for "gifts" rather than "deficits" was an approach that the community living movement advocated. We are looking at how to organize systems and support that are beyond just services. It is a much more helpful, hopeful and creative system. It is also a more sustainable health care system.

We tend to look only at the deficits of people with mental health disabilities. From my experience, the answer is no. It is a matter of perspective, of what you are looking for and how you respond to someone — whether you see the glass as half empty or half full. Clinically, you tend to gravitate toward what is wrong and not what can help the person win.

I am learning quite a lot, and gratefully so, from the community living movement, which is emphasizing the need to look at gifts and not just deficits.

**Mr. Arnett:** If you look at the diagnostic schemes used, they direct us to look for deficits rather than for strengths. The diagnostic schemes have also expanded, and the distinguished company aside, most of us could probably be diagnosed with some disorder or other. The tendency to label in pejorative ways has become ever more powerful with the evolution of diagnostic schemes. I do not think it is a good thing. We tend to look for deficits rather than for strengths.

**Le sénateur Léger:** Nous traversons la planète par nos discussions. Mme Sough a émis un commentaire que j'ai bien aimé. Elle a soulevé le fait que les croyances anciennes des Autochtones laissaient entendre qu'un trouble mental était un don qui rapprochait la personne de Dieu. Nous savons tous en fait qu'au sein d'une famille de dix ou de douze, il devait y en avoir un ou deux qui souffraient de troubles mentaux. À l'âge adulte, ces personnes se retrouvaient sous l'aile de la famille et de la société. C'est donc pour cette raison que le commentaire de Mme Scheffer au sujet du «Workman Theatre Project». Ce projet constitue un moyen de sensibiliser la population.

Nous savons que les artistes sont des êtres avant-gardistes. Nous savons également que les écoliers sont parfois «très actifs». Toutefois, est-il possible de déterminer si une personne possède le don de surpasser ceux qui l'entourent, ce qui la situe au-delà des normes de notre société? Catégoriserions-nous une telle personne comme ayant une dépendance aux narcotiques? Est-il possible de détecter un tel cas? Vous avez fait mention d'une telle dame qui est finalement devenue musicienne. De plus, nous connaissons tous des personnes qui ont évité la prison en revenant sur le «droit chemin». En avez-vous détecté?

**Le sénateur Morin:** Afin de permettre à nos témoins de comprendre le contexte, Mesdames et Messieurs, le sénateur Léger est une actrice connue au sein du Canada français.

**Mme Hall:** Ce que dicte mon expérience, c'est que le langage associé aux dons plutôt qu'aux carences constituait une approche prêchée par les activistes du mouvement communautaire. Nous cherchons une manière d'organiser notre fonctionnement et nous appuyons bien au-delà de nos services. Ainsi, nous établirions un réseau plus utile, plus simple et plus créatif pour obtenir un système de santé stable et efficace.

Nous avons bien souvent tendance à ne porter attention aux carences des personnes atteintes de maladies mentales. De mon expérience personnelle, il résulte que cette vision n'est pas la bonne. Tout est en fait une question de perspective; l'important c'est ce que nous recherchons et comment nous réagissons aux gens: percevons-nous le verre comme étant à moitié vide ou à moitié plein? Sur le plan clinique, la tendance est toujours de trouver ce qui ne va pas, au lieu de déceler ce qui peut aider le patient à l'emporter sur ses déficiences.

Le mouvement communautaire m'en apprend énormément, et je lui suis tout à fait reconnaissant, car il favorise la recherche des aspects positifs plutôt que de se concentrer uniquement sur les déficiences.

**M. Arnett:** Les procédures de diagnostique tendent en effet vers la recherche des faiblesses, et non vers celles des forces. De plus, ces procédures ont tellement évolué, que mis à part ceux ici présents, la plupart d'entre nous pourraient se voir diagnostiquer quelque type de troubles mentaux. C'est cette même évolution de modes de diagnostique qui a entraîné une accentuation de la tendance à étiqueter de manière péjorative. Je ne pense pas qu'il s'agisse là d'une approche saine. Nous sommes portés à délaissier les forces au profit des faiblesses.



**Ms. Scheffer:** I would like to comment in two ways. First, I want to speak to the condition that does not become a gift without support. The difference between my husband with his middle-class bipolar disorder and the fellow sleeping on the heating grate is often simply the support that each received when they were acutely ill.

I will speak to my personal experience in this field, which has become richer since I met my husband. He has bipolar disorder and has been healthy for many years. However, he calls his disorder a “gift” because it has made him more human, more generous and a sensitive father.

Under the circumstances, it has sensitized our children to become the next generation of champions leading us to an understanding of mental illness. I would say that in our case, it was definitely a gift.

**Ms. Shoush:** Communities can have everyone identify what gift they will put in to support the community. The Gitksan in British Columbia, for example, assign every person a volunteer job. They will do something to nurture and enrich their community and protect their culture and traditions. They have an annual feast every year and report on what they did.

I am a lawyer. I might be expected to do something that would address some of their legal needs. Other people might do dancing or drumming. People will do something that will make them valuable and contributing members of the society. I think that your suggestion is excellent.

**Senator Léger:** We should have the courage to put that in a report.

I definitely want to go to New Zealand and Australia. We could start with the Aboriginals, since they have not yet lost what we have lost.

**The Chairman:** I know all of you came from out of town, and I thank you. We really appreciate it. I realize we prevailed upon your time. Thank you for being so candid in responding to all our questions. You have been very helpful. We may get back to you, particularly concerning Ms. Hall's comment about the Web site.

If you have any additional thoughts we ought to hear, send us an e-mail or give us a call. We would be delighted to hear from you.

The committee adjourned.

---

**Mme Scheffer:** J'aimerais formuler deux commentaires. Je voudrais d'abord soulever le fait que sans appui, le problème mental ne se transforme pas tout bonnement en force. La différence entre mon mari, qui souffre d'un trouble bipolaire de la classe moyenne et le bonhomme qui dort sur le calorifère réside souvent dans l'aide que chacun a reçu lorsqu'il était atteint de troubles aigus.

Je ferai appel à mon expérience personnelle dans le domaine, que j'ai grandement approfondie depuis que j'ai rencontré mon mari. Il souffre de trouble bipolaire, mais est en santé depuis plusieurs années déjà. Toutefois, il considère sa maladie comme une force, puisqu'elle l'a rendu plus «humain», et a fait de lui un père plus sensible et plus généreux.

Dans cette situation, sa maladie a incité nos enfants à faire partie d'une nouvelle génération de champions qui nous aident à venir à bout de nos troubles mentaux. Je dirais donc que dans notre cas, il s'est réellement agi d'une force.

**Mme Shoush:** Les communautés peuvent décider avec leurs membres respectifs quel sera l'apport personnel de chacun pour fournir cet appui global. Les Gitksan de la Colombie-Britannique, par exemple, attribuent à chaque personne un rôle bénévole. Ils participeront donc tous à l'enrichissement de leur communauté, ainsi qu'à la sauvegarde de leur culture et de leurs traditions. Ils se rassemblent annuellement pour une célébration, histoire de faire le point sur leurs actions respectives.

Je suis avocate de formation. On s'attend donc de moi à ce que je mette en œuvre mes connaissances et qualifications en matière légale afin de venir en aide à un membre de ma communauté dans le besoin. D'autres pourraient plutôt danser, ou encore jouer les tambours. Chacun fera donc, à sa manière, quelque chose d'utile et de valorisant en tant que citoyen actif dans la société. Je trouve que votre proposition est excellente.

**Le sénateur Léger:** Nous devrions avoir le courage d'insérer ces commentaires dans le rapport.

Je voudrais certainement voir de plus près la situation en Nouvelle Zélande et en Australie, surtout celle des Autochtones, car ils possèdent encore ce que nous avons perdu.

**Le président:** Nous savons que vous venez tous de l'extérieur de la ville, et nous vous en remercions. Sachez que nous apprécions grandement votre présence ici. Nous nous rendons compte du fait que nous avons empiété sur votre temps. Nous tenons à vous remercier également pour la franchise dont ont fait preuve vos réponses à toutes nos questions. Vous nous avez aidés grandement. Nous vous contacterons probablement à nouveau, surtout en ce qui concerne le commentaire de Mme Hall au sujet du site Internet.

Si vous avez d'autres préoccupations que vous voudriez partager avec nous, n'hésitez pas à nous faire parvenir un courriel, ou à nous appeler. Nous recevrons de vos nouvelles avec plaisir.

La séance est levée.

---

OTTAWA, Thursday, May 29, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:06 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Welcome. Today we will continue our study of mental health and mental illness. Our witnesses this morning are Dr. David Marsh, Dr. Donald Addington, Mr. Robert McIlwraith and Ms. Margaret Synyshyn.

Dr. Marsh, please proceed.

**Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto:** Thank you for inviting me; it is a pleasure to meet with you. I would also like to thank my collaborators and colleagues at the Centre for Addiction and Mental Health, CAMH, whose data I will refer to at various times throughout my presentation. I would like to mention a publication from Health Canada that came out in the last year that is a best practices guide for concurrent disorders. Mr. Brian Rush is one of the principle authors of that report. It is available on the Health Canada Web site and is an in-depth look at concurrent disorders.

I will try to touch on key points that I think are important to give you a framework to think about in respect of concurrent disorders — the combination of substance use disorders and other mental health concerns.

It is important to distinguish between substance use, abuse and dependence. Psychoactive substance use is very common. Abuse is less common and dependence affects only a minority of people who use psychoactive substances. The level of severity of consequences is higher for those with abuse and even higher for those with dependence.

The third slide shows some data from the Ontario Monitor, 2001. Being from Newfoundland, I know that data from Ontario does not reflect everyone across the country. Unfortunately, we do not have a good national monitoring system, so I must rely on Ontario data to give you a sense of the prevalence for substance use affecting Canadians. The last good Canadian epidemiological survey was done in 1994. I look forward to some renewed effort at national monitoring coming out of the new national drug strategy that was announced this week — or perhaps as a recommendation from this committee.

You will notice amongst Ontarians that lifetime use of alcohol affects practically everyone — 93 per cent. A small number of adults in Ontario have never consumed alcohol. About one-half of Ontarians have consumed 100 or more cigarettes at some point

OTTAWA, le jeudi 29 mai 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, pour étudier les questions qu'ont suscité le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Bienvenue. Aujourd'hui, nous poursuivrons notre étude de la santé mentale et de la maladie mentale. Nos témoins ce matin sont le Dr David Marsh, le Dr Donald Addington, M. Robert McIlwraith et Mme Margaret Synyshyn.

Docteur Marsh, veuillez commencer.

**Le Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto:** Je vous remercie de m'avoir invité; je suis ravi de vous rencontrer. Je remercie aussi mes collaborateurs et mes collègues du Centre de toxicomanie et de santé mentale, dont je citerai à différents moments au cours de mon exposé les données qu'ils ont établies. Je voudrais signaler une publication produite l'an dernier par Santé Canada qui constitue un guide sur les troubles concomitants. M. Brian Rush est l'un des principaux auteurs de cet ouvrage. La publication figure sur le site Web de Santé Canada. Elle présente un examen approfondi des troubles concomitants.

Je vais tenter d'aborder les éléments clés que j'estime importants afin de vous donner un cadre d'étude des troubles concomitants — c'est-à-dire les troubles liés à la consommation de drogues combinés à des problèmes de santé mentale.

Il est important de faire la distinction entre la consommation et l'abus de drogues ainsi que la dépendance à celles-ci. La consommation de substances psychoactives est très courante. L'abus l'est moins et la dépendance ne touche seulement qu'une minorité de gens qui consomment de telles substances. L'ampleur des conséquences est plus grande dans le cas de l'abus et encore plus importante dans le cas de la dépendance.

La troisième diapositive montre des données recueillies par Ontario Monitor en 2001. Comme je suis originaire de Terre-Neuve, je sais que les données de l'Ontario ne sont pas le reflet de la situation dans l'ensemble du pays. Malheureusement, nous ne disposons pas d'un bon système national de surveillance, alors je dois utiliser les données de l'Ontario pour vous donner une idée de la prévalence de la consommation de drogues chez les Canadiens. La dernière bonne étude épidémiologique menée au Canada remonte à 1994. J'ose espérer que la nouvelle stratégie nationale antidrogue annoncée cette semaine — ou peut-être une recommandation provenant du comité — donnera lieu à de nouveaux efforts sur le plan d'un système national de surveillance.

Vous remarquerez que la consommation d'alcool concerne presque tous les Ontariens — 93 p. 100 d'entre eux. Un petit nombre d'adultes en Ontario n'ont jamais consommé d'alcool. Environ la moitié des Ontariens ont fumé une centaine ou plus de



in their lives, which would constitute lifetime consumption of tobacco. More than one-third have used cannabis at some time in their lives. Cannabis consumption is occurring in a large minority of adults in Ontario.

The proportion of people who have used those substances in the past year or in the last month is much smaller. That will reinforce the point that those who are affected with frequent regular use leading to adverse social consequences is a small minority of all those who use substances.

The Ontario Monitor does not capture a large enough number of people to have statistically significant data on drugs such as cocaine or heroin, which are used by a smaller minority. That would be another important element, if a national monitoring system were put in place, that it capture enough members of Canadian society to give us good data on drugs that are used by smaller minorities of people.

Substance abuse as opposed to use has a clear diagnostic definition in the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, DSM-IV4. It reflects a maladaptive pattern of use, which means that someone takes a psychoactive substance in a way that adversely affects his or her behaviour. If someone takes morphine for pain and they function better with it, then that would not constitute part of the criteria for abuse or dependence. If someone has a maladaptive pattern of use that causes adverse psychological or social consequences such as failure to fulfil major obligations at work or at home, or continued use despite harm, but they do not meet criteria for dependence, they may meet criteria for abuse.

This is important because people who do not meet criteria for dependence often do not see themselves as candidates for treatment. Yet, brief interventions or education can have significant positive impact on these kinds of people. For instance, someone who drinks five or more drinks on a regular basis is at a higher risk for having unsafe sex and acquiring diseases; at a higher risk for committing domestic violence or for having motor vehicle accidents. A 15-minute intervention by a family physician taking a good alcohol-use history and expressing concern about the consequences could dramatically decrease their alcohol consumption and decrease the consequences. These people who meet the criteria for abuse constitute a larger portion of society than those who have dependence.

The proportion of people who have used a substance and meet criteria for dependence is small and it varies by substance. For example, only about 5 per cent of current cannabis users — or less than 1 per cent of the general population — meet the criteria for dependence on cannabis. I have given you the criteria for dependence in the handout. They basically constitute: more than six months of repeated attempts to cut down, compulsive use

cigarettes dans leur vie, ce qui représente une consommation à vie de tabac. Plus du tiers ont déjà consommé du cannabis à un moment donné de leur vie. Une minorité importante d'adultes en Ontario consomment du cannabis.

La proportion des gens qui ont consommé ces substances au cours de la dernière année ou du dernier mois est beaucoup moins élevée. Cela renforce la théorie selon laquelle ce n'est qu'une petite minorité des personnes qui consomment des drogues qui se retrouvent avec de graves problèmes sociaux.

L'étude menée en Ontario ne porte pas sur un nombre de personnes assez élevé pour recueillir des données significatives sur le plan statistique sur les drogues comme la cocaïne ou l'héroïne, qui sont consommées par un nombre encore moins grand de gens. Si un système national de surveillance était mis en place, il devrait viser un nombre de Canadiens assez important pour pouvoir fournir de bonnes données sur les drogues consommées par des minorités de gens.

L'abus de drogues contrairement à la consommation est défini clairement dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association, DSM-IV4. Il est décrit comme étant une consommation mésadaptée, ce qui signifie que la personne consomme une substance psychoactive d'une façon qui a une incidence négative sur son comportement. Si une personne prend de la morphine pour soulager la douleur et qu'elle fonctionne mieux grâce à cela, on ne considère pas qu'elle en abuse ni qu'elle en dépend. Si quelqu'un consomme de façon mésadaptée et que cela a des conséquences négatives d'ordre psychologique ou social, notamment l'incapacité de respecter des obligations importantes au travail ou à la maison, ou s'il continue de consommer malgré le préjudice causé et qu'il ne remplit pas les critères définissant la dépendance, il pourrait répondre à ceux définissant l'abus.

Il s'agit là d'un point important, car les personnes qui ne répondent pas aux critères définissant la dépendance ne considèrent souvent pas qu'elles nécessitent un traitement. Pourtant, de courtes interventions et de brefs renseignements peuvent avoir un effet positif considérable sur ces personnes. Par exemple, quelqu'un qui prend 5 verres ou plus de façon régulière est plus susceptible d'avoir des relations sexuelles non protégées et de contracter des maladies, de commettre des actes de violence familiale ou de subir des accidents de voiture. Une intervention d'une quinzaine de minutes par un médecin de famille qui a bien examiné les antécédents de consommation d'alcool et qui exprime une inquiétude à propos des conséquences pourrait contribuer à diminuer de façon marquée la consommation d'alcool et ses répercussions. Les personnes qui correspondent aux critères décrivant l'abus constituent une plus grande portion de la société que celles qui éprouvent une dépendance.

La proportion des gens qui ont déjà consommé des drogues et qui répondent aux critères de la dépendance est peu élevée et varie selon la substance. Par exemple, environ 5 p. 100 seulement des consommateurs actuels de cannabis — ce qui représente moins de 1 p. 100 de la population — remplissent les critères définissant la dépendance à cette drogue. Le document que je vous ai remis contient les critères de la dépendance. Ce sont essentiellement les



despite harm, and significant adverse psychological and social consequences. They can, but necessarily include physical dependence with symptoms such as withdrawal or tolerance.

The consequences of dependence vary also with the substance and the social situation. In general, the consequences of being dependent on a substance are greater if the use of that substance is less socially acceptable. For instance, amongst people who are regular daily users of an illegal substance such as heroin, there are very severe adverse consequences — both for those individuals and for society. Dr. Benedict Fischer, a scientist at our centre in 1999, published a study in addiction research. The exact reference is in the material that I provided.

He recruited 114 regular heroin users in Toronto and administered a questionnaire to them to determine the consequences of their heroin use. He found that the overwhelming majority — over 80 per cent — were male; that more than one-half of them were in temporary housing; that just over one-half of them had been employed at some time in past year, although only one-third had income from a job in past month. You can see high levels of unemployment and unstable housing.

The majority were on some kind of social benefits, but they had more income from illegal activities in the last month than they did from government sources or employment. He also asked them about their known prevalence of diseases that are transmitted by injecting drugs such as hepatitis B, hepatitis C and HIV. He did not do testing then, but we are now in the middle of a larger study that does involve testing to confirm the prevalence. The figures in the handout would reflect a lower estimate of the prevalence of these diseases. Given the acquisition of diseases and the high levels of homelessness and unemployment, you can see the impact on society as well as on the individuals when someone is dependent on a drug such as heroin.

I want to emphasize a point about heterogeneity — about the range of problems when you talk about concurrent disorders and substance abuse. With respect to the range of drugs and combinations of drugs that people use, in the 2001-02 fiscal year, we saw about 20,000 clients at the Centre for Addiction and Mental Health. Just over 7,500 — or 37 per cent — of these people were treated in the addiction programs. Of those people treated in the addiction programs, about 50 per cent identified alcohol as the primary substance that brought them to treatment; 20 per cent identified cocaine; 10 per cent identified cannabis — that may surprise you because many people mistakenly think that cannabis is harmless but there is definitely a minority of cannabis

suivants: des tentatives répétées, pendant plus de six mois, de diminuer la consommation, la consommation compulsive malgré les torts causés et des conséquences négatives considérables d'ordre psychologique et social. Ces critères englobent nécessairement la dépendance physique accompagnée de symptômes comme le sevrage ou la tolérance.

Les répercussions de la dépendance varient également selon la substance et la situation sociale. En général, les conséquences d'une dépendance à une substance sont plus grandes si sa consommation est moins bien acceptée socialement. Par exemple, chez les gens qui consomment quotidiennement des drogues illégales comme l'héroïne, il y a de très graves conséquences négatives — à la fois pour ces personnes et pour la société. Le Dr Benedict Fischer, un scientifique qui a travaillé à notre centre en 1999, a publié une étude sur la recherche en toxicomanie. Le titre exact de son étude figure dans le document que je vous ai fourni.

Il a recruté 114 consommateurs réguliers d'héroïne à Toronto, qu'il a interrogés afin de déterminer les conséquences de la consommation d'héroïne. Il a découvert que la grande majorité des consommateurs — plus de 80 p. 100 — étaient des hommes; que plus de la moitié d'entre eux vivaient dans des habitations provisoires; qu'un peu plus de la moitié avait déjà occupé un emploi à un moment donné au cours de l'année précédente, quoique seulement le tiers avait tiré un revenu d'un emploi dans le mois précédent. Les niveaux de chômage et de logement instable se sont avérés élevés.

La majorité des consommateurs recevaient des prestations de programmes sociaux, mais avaient tiré davantage de revenus d'activités illégales au cours du dernier mois que des programmes du gouvernement ou d'un emploi. Le Dr Fischer les a aussi interrogés à propos de la prévalence connue de maladies transmises par l'injection de drogues comme l'hépatite B et C et le VIH. Il ne leur a pas fait subir de tests, mais nous sommes en train de mener une étude de plus grande envergure qui prévoit des tests en vue de confirmer la prévalence. Les données qui figurent dans le document que je vous ai remis constituent une estimation moins élevée qu'en réalité de la prévalence de ces maladies. Étant donné la contraction de maladies et les hauts niveaux d'itinérance et de chômage, vous pouvez constater l'incidence sur la société ainsi que sur les personnes dans les cas de dépendance à une drogue comme l'héroïne.

Je veux mettre l'accent sur un point concernant l'hétérogénéité — sur la gamme des problèmes qu'entraînent les troubles concomitants et l'abus de drogues. Quant au type de drogues et à la combinaison de drogues que les gens consomment, je peux dire qu'au cours de l'année financière 2001-2002, environ 20 000 clients se sont présentés au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Un peu plus de 7 500 d'entre eux — ou 37 p. 100 — ont été traités dans le cadre de programmes de toxicomanie. Parmi ces personnes, environ 50 p. 100 ont indiqué l'alcool comme substance principale les ayant amenés à se faire traiter; 20 p. 100 ont indiqué la cocaïne; 10 p. 100, le cannabis — ce qui peut vous étonner, car de nombreuses personnes pensent à



users who develop significant complications; 7 per cent came primarily for smoking cessation; and about 5 per cent with problems with opiates.

The vast majority of in-patients and out-patients identified problems with multiple substances. I have provided the data on the range of substances that people identified. Amongst those who received in-patient treatment, although only 50 per cent came primarily for treatment of alcohol dependence, 80 per cent identified alcohol as a problem; 24 per cent identified cannabis as a problem — higher than those who identified tobacco; 50 per cent of the in-patients and 29 per cent of the out-patients identified cocaine as one of the problems that led them to seek treatment.

This heterogeneity — this mixed bag of substances — that leads to a mixed range of consequences and the need for a range of treatment interventions that match the individual's social skills, social situation and consequences of substance use.

I also want to highlight for you some evidence that we have around the prevalence of disorders. The Centre for Addiction and Mental Health, CAMH, was formed five years ago. One of the rationales for merging our organizations was to deal more effectively with concurrent disorders. In 2001-02, we piloted a new instrument called the "resident assessment instrument for mental health," RAI-MH. This is being proposed as something that the Canadian Institute for Health Information, CIHI, will collect for all in-patients in psychiatric facilities in the country. I do not think that decision has been made yet. It would be useful to have some kind of standard assessment that is applied to all in-patient psychiatric facilities in the country so that we could collect data on things such as the prevalence of different kinds of complications of mental health and different diagnoses from different facilities across the country.

One of the pieces of data that actually surprised many of the staff at the centre was the high prevalence of addictive problems amongst people who are admitted to the mental health programs for treatment of their mental health disorders. Many of the staff had expected that figure to be around 30 per cent to 40 per cent, which would be in keeping with much of the published literature. In fact, this instrument indicated that for 70 per cent of the people admitted to most of the mental health programs at our centre, addictive problems were one of the top three that they were experiencing at the time of their admission.

I want to talk a bit about our response to concurrent disorders. Many physicians and health care providers are pessimistic about the effectiveness of treatment for substance use. In surveys of family physicians, one of the main reasons they identify for not

tort que le cannabis est sans danger, mais il existe une minorité de consommateurs de cette drogue qui subissent des complications considérables; 7 p. 100 ont indiqué qu'ils étaient venus au centre principalement pour cesser de fumer; et environ 5 p. 100 ont invoqué comme raison des problèmes liés à la consommation d'opiacés.

La grande majorité des malades hospitalisés et des malades externes ont fait état de la consommation de substances multiples. J'ai fourni des données sur la gamme des substances que les gens ont indiquées. Parmi les personnes qui ont reçu un traitement à l'hôpital, même si seulement 50 p. 100 d'entre elles recherchaient principalement un traitement pour leur dépendance à l'alcool, 80 p. 100 ont indiqué l'alcool comme un problème; 24 p. 100 ont indiqué le cannabis comme un problème — pourcentage plus élevé que pour le tabac; 50 p. 100 des malades hospitalisés et 29 p. 100 des malades externes ont indiqué la cocaïne comme l'une des causes qui les a amenés à rechercher un traitement.

Cette hétérogénéité — ce mélange de substances — mène à des conséquences variées et à la nécessité de disposer d'une gamme variée d'interventions au niveau du traitement qui sont adaptées aux aptitudes sociales de la personne, à sa situation sociale et aux conséquences liées à la consommation des substances en question.

Je veux également vous donner les points saillants de certaines données que nous avons concernant la prévalence de ces troubles. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, CTSM, a été créé il y a cinq ans. Une des raisons qui a justifié la fusion de nos organismes était de nous permettre de traiter plus efficacement les troubles concomitants. En 2001-2002, nous avons piloté un nouvel instrument appelé «resident assessment instrument for mental health», RAI-MH. C'est un instrument qui a été proposé à l'Institut canadien d'information sur la santé, ICIS, pour tous les malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques du pays. Je ne pense pas que la décision à cet égard a encore été prise. Il serait utile de disposer d'une forme quelconque d'évaluation normalisée qui s'applique à tous les malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques du pays de manière que nous puissions recueillir des données sur des questions comme la prévalence de différents types de complications de la maladie mentale et sur les diagnostics différents posés dans différents établissements au pays.

Une donnée qui a en a surpris beaucoup parmi les membres du personnel du centre, c'est la prévalence élevée des problèmes de toxicomanie chez les personnes admises dans les programmes de santé mentale pour le traitement de leurs troubles de santé mentale. Beaucoup s'attendaient à un chiffre d'environ 30 à 40 p. 100, ce qui concorde avec les données publiées dans la documentation scientifique. En fait, cet instrument a révélé que dans le cas de 70 p. 100 des personnes admises dans la plupart des programmes de santé mentale de notre centre, la toxicomanie comptait parmi les trois problèmes qu'elles éprouvaient au moment de leur admission.

J'aimerais dire un mot sur notre réponse aux troubles concomitants. De nombreux médecins et fournisseurs de soins de santé sont plutôt pessimistes quant à l'efficacité du traitement de la consommation de drogues. Des sondages auprès des

asking about substance use in their patients is that they feel there is nothing effective they can offer. That is not true. Treatment for substance use disorders is very effective. In 2000, Dr. Tom McLelland, Dr. David Lewis and colleagues published a paper in the *Journal of the American Medical Association* in which they compared the effectiveness of treating substance use disorders with treating other chronic relapsing conditions such as diabetes, asthma and hypertension. The figures are comparable, with about 60 per cent of people having treatment success at one year for substance use disorders. I have also included some data from our evaluation of our methadone maintenance program.

**Senator Morin:** What is "MMT treatment" in slide 3?

**Dr. Marsh:** MMT is methadone maintenance treatment. It is the most effective treatment we have for heroin or opiate dependence.

The next slide shows you some data from our own methadone maintenance treatment evaluation where we conducted a six-year retrospective evaluation of our program during a period when availability of methadone maintenance was rapidly expanding in Toronto and Ontario. Dr. Bruna Brands and I are also co-authors of another best practices manual that was released in November by Health Canada with a literature review dealing specifically with the topic of methadone maintenance.

The data from our program shows that within the first six months of admission to a methadone maintenance program, about 40 per cent of the patients were able to achieve sustained abstinence from opiates. There was no significant change in their use of cocaine or benzodiazepines early in treatment. However, for those patients who were retained for four and one-half years or longer, about 85 per cent of them were drug free from cocaine and benzodiazepines.

If those people who are dependant and regularly using heroin having high levels of homelessness and unemployment and acquiring HIV and hepatitis, that Dr. Fischer studied in his profile of Toronto heroin users, can be engaged in treatment and kept in treatment for a period of time, they make very dramatic gains in decreasing drug use. I am not showing the data in getting back into the workforce and decreasing the risk of acquiring diseases and acquiring stable housing.

médecins de famille ont révélé qu'une des principales raisons pour lesquelles ils n'interrogent pas leurs malades au sujet de la consommation d'alcool et de drogues, c'est parce qu'ils estiment ne pas avoir un traitement efficace à leur offrir. Or, c'est faux: le traitement pour les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues est très efficace. En 2000, le Dr Tom McLelland, le Dr David Lewis et leurs collègues ont publié un article dans le *Journal of the American Medical Association* dans lequel ils ont comparé l'efficacité du traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues à celle du traitement d'autres maladies chroniques récurrentes, comme le diabète, l'asthme et l'hypertension. Les chiffres sont comparables, à savoir qu'on peut dire que le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues a été un succès chez 70 p. 100 des personnes après un an. J'ai également présenté des données sur l'évaluation que nous avons faite de notre traitement à la méthadone.

**M. Morin:** Que signifie l'expression «MMT treatment» dans la diapositive 3.

**Le Dr Marsh:** Il s'agit du traitement à la méthadone. C'est le traitement le plus efficace pour traiter la dépendance à l'égard de l'héroïne et des opiacés.

La diapositive suivante montre certaines données de notre propre évaluation du traitement à la méthadone, qui est en fait une évaluation rétrospective sur une période de six ans de notre programme au cours d'une période pendant laquelle la disponibilité du traitement à la méthadone était en progression rapide à Toronto et en Ontario. Le Dr Bruna Brands et moi sommes également coauteurs d'un autre ouvrage de bonnes pratiques qui a été publié en novembre par Santé Canada et comportant une analyse documentaire portant spécifiquement sur la question du traitement à la méthadone.

Les données de notre programme révèlent que dans les six premiers mois suivant leur admission dans le programme de traitement à la méthadone, environ 40 p. 100 des malades ont été capables de maintenir leur abstinence face aux opiacés. Tôt au cours du traitement, il n'y avait pas de changement significatif dans leur consommation de cocaïne ou de benzodiazépines. Cependant, dans le cas des patients qui ont été gardés pendant quatre ans et demi ou plus, environ 85 p. 100 ont cessé leur consommation de cocaïne et de benzodiazépines.

Si les personnes dépendantes qui prennent régulièrement de l'héroïne, chez qui le taux de sans-abri et de sans-emploi est très élevé et qui courent un risque plus élevé de contracter le VIH et l'hépatite, d'après le profil des héroïnomanes de Toronto établi par le Dr Fischer, peuvent être amenées à s'inscrire à un programme de traitement et qu'elles sont gardées en traitement pendant une certaine période de temps, elles font des progrès spectaculaires en ce qui concerne la réduction de leur consommation de drogues. Et je ne parle pas des données portant sur le retour sur le marché du travail, sur la réduction des risques de contracter des maladies et sur l'accès à un logement stable.



Unfortunately, we are not able to engage all drug users in treatment. For some, treatment is either unacceptable or ineffective. We need to have a range of responses, including what are often called "harm reduction initiatives." I have included one slide showing you data from the Swiss heroin trial. This data comes from a paper in the *Lancet* published last year by Dr. Juergen Rehm and colleagues. Dr. Rehm has recently come to Toronto as the chair of addiction policy.

You can see that in a group of people who were dependent on injection heroin and failed other treatments, prescribing heroin to them that they inject in an environment under supervision of medical professionals led to a fall in unstable housing from 43 per cent to 21 per cent. Homelessness practically disappeared: It went from 18 per cent to 1 per cent. Unemployment fell as did daily use of cocaine, and use of street heroin fell dramatically.

Even though they continued to inject heroin every day, they were doing it with medicinal heroin that was free of impurities in a known dose. They were doing it under the supervision of health care providers and engaged in counselling. The consequences of that heroin use dramatically decreased.

**The Chairman:** Would such a study be legal in Canada? That is to say, is there a legal reason that would prevent a similar study being done in Canada? Would the law say that you cannot give people heroin?

**Dr. Marsh:** Within the context of a clinical trial, were it to be approved by Health Canada following the clinical trials application process, it would be legal in Canada. I am involved in a group that is pursuing exactly that project for Canada.

**The Chairman:** You are pursuing it in the sense that it is not underway. You are pursuing the application? Is the study actually underway?

**Dr. Marsh:** We are in the process of gaining various regulatory approvals.

In summary, substance use is very common — especially if we look at alcohol, tobacco and cannabis. There is an important distinction to be made between use, abuse and dependence. The distinction hangs mostly on the consequences of use with those who are dependent having the most severe consequences. There is also heterogeneity around which drugs are used as well as the consequences in which concurrent disorders can occur.

Treatment can be effective. We need multiple approaches to treatment. We need a range of treatment options as well as other options such as syringe exchange, safe injection facilities, and

Malheureusement, nous ne pouvons inciter tous les toxicomanes à suivre un traitement. Pour certains, les traitements sont soit inacceptables soit inefficaces. Nous devons avoir une variété de réponses, y compris ce qu'on appelle souvent des «initiatives de réduction des préjudices». J'ai ajouté une diapositive pour vous montrer les données provenant d'une expérience suisse sur l'héroïne. Ces données sont tirées d'un article paru dans la revue *Lancet* l'an dernier et rédigé par le Dr Juergen Rehm et ses collègues. Le Dr Rehm a été nommé récemment titulaire de la chaire de politique sur les toxicomanies à Toronto.

Vous pouvez constater que dans un groupe de personnes qui étaient dépendantes de l'héroïne en injection et pour qui les autres traitements avaient échoué, le fait de pouvoir s'injecter de l'héroïne dans un environnement supervisé par des spécialistes de la santé a eu pour effet que la situation de logement instable a diminué de 43 à 21 p. 100. La clochardise a pratiquement disparu: elle est passée de 18 à 1 p. 100. Le nombre de sans-emploi dans cette population a diminué comme l'usage quotidien de la cocaïne et l'utilisation de l'héroïne illicite a connu une chute spectaculaire.

Même si ces gens continuaient de s'injecter de l'héroïne tous les jours, ils utilisaient une héroïne médicale exempte d'impuretés et de concentration connue. Ils le faisaient sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé et participaient à des séances de counselling. Les conséquences de cette utilisation de l'héroïne ont diminué de manière spectaculaire.

**Le président:** Est-ce qu'une telle expérience serait légale au Canada? C'est-à-dire, y a-t-il des raisons légales qui empêchent la réalisation d'une étude semblable au Canada? La loi interdit-elle de donner de l'héroïne à des gens?

**Le Dr Marsh:** Dans un contexte d'essais cliniques, si la chose était approuvée par Santé Canada dans le cadre du processus d'autorisation des essais cliniques, ce serait légal au Canada. Je participe aux activités d'un groupe qui entreprend exactement ce genre de projet au Canada.

**Le président:** Qui entreprend... dans le sens que le projet est déjà en marche? Vous entreprenez les démarches pour l'autorisation? Est-ce que l'étude est actuellement en marche?

**Le Dr Marsh:** Nous sommes en train d'obtenir les diverses approbations réglementaires.

En résumé, la consommation d'alcool et de drogues est très courante — surtout si vous pensez à l'alcool, au tabac et au cannabis. Il y a une distinction importante à faire entre consommation, abus et dépendance. La distinction repose principalement sur les conséquences de l'utilisation, et ce sont les personnes ayant une dépendance qui subissent les conséquences les plus graves. Il y a également hétérogénéité quant aux drogues consommées et quant aux conséquences qui peuvent donner lieu à des troubles concomitants.

Le traitement peut être efficace. Nous avons besoin d'approches diversifiées au traitement. Nous avons besoin d'une variété de choix de traitement ainsi que d'autres solutions, comme

heroin trials that do not necessarily lead to decreased drug use but can address the consequences of drug use.

**Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry, University of Calgary:** I would like to commend the committee for addressing this very important issue. Of all the areas in health, if you have major impacts on mental health services, you will end up with the greatest return on investment for the general health of the populations. I have been asked to focus on the major adult disorders: depression, schizophrenia and anxiety disorders. My recommendations are around some patient issues, systems issues, clinical service delivery recommendations and some research recommendations. They are fairly generic but apply particularly to the adult disorders. I am speaking as a health care professional and clinical researcher with administrative, academic and health service delivery responsibilities. I am sure that patients and consumers can speak for themselves as well.

However, from a patient perspective, addressing a couple of major issues would make a big difference — and they are related to access to timely and appropriate care. These kinds of things can be achieved through a patient charter with access to mental health care and primary care. On the whole, this is not available; you can get care from physicians, but not from other professionals in primary care.

There are significant issues for access to specialists, specialized services and acute care. The recommendations can be in the form of a charter or, more bureaucratically, in terms of defined wait lists and thing like that.

There is an issue around access to comprehensive evidence-based care. You have just heard much detail on effective treatments for addictions. This applies across treatments for all mental disorders. Very often, there is not access to evidence-based care. That is a major problem. That can be addressed by defining the services available under the Canada Health Act that should be available to different groups and categories.

I have some specific recommendations. A good start is that there are hearings at a national level on mental health. That is an important achievement. It would be very possible to set national mental health goals. Those obviously have to be negotiated between provincial and federal governments. That is embedded in all of these issues. It is not my business to get into the details of that. For a practical example, goals might be set around reducing

l'échange de seringues, des lieux d'injections sûrs, et des expériences sur l'héroïne qui n'aboutissent pas nécessairement à une diminution de l'usage des drogues, mais qui peuvent en réduire les conséquences.

**Le Dr Donald Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie, Université de Calgary:** J'aimerais féliciter le comité de s'attaquer à cette question très importante. De tous les domaines de la santé, si vous réussissez à produire des changements majeurs dans les services de santé mentale, c'est là que vous allez obtenir le meilleur rendement sur l'investissement du point de vue de la santé générale des populations. On m'a demandé de concentrer mes efforts sur les principales maladies observées chez les adultes: la dépression, la schizophrénie et les troubles anxieux. J'ai des recommandations portant sur les questions liées aux malades, sur les questions liées aux systèmes, sur la prestation des services cliniques et sur la recherche. Elles sont de nature assez générale, mais elles s'appliquent particulièrement aux maladies chez les adultes. Je parle à titre de spécialiste des soins de santé et de chercheur clinique ayant des responsabilités en matière d'administration, d'enseignement et de prestation des services de santé. Je suis certain que les malades et les consommateurs peuvent très bien parler pour eux-mêmes.

Cependant, du point de vue des malades, le fait de régler quelques grandes questions pourrait faire une énorme différence — et ces questions sont liées à l'accès à des soins en temps opportun et approprié. Ce genre de choses peut être réalisé par l'intermédiaire d'une charte des droits des malades prévoyant un accès à des soins de santé mentale et à des soins primaires. Dans l'ensemble, ces services ne sont pas accessibles; vous pouvez obtenir des soins des médecins, mais non des autres spécialistes de soins primaires.

Il y a des problèmes importants en ce qui concerne l'accès aux spécialistes, aux services spécialisés et aux soins aigus. Les recommandations peuvent se présenter sous forme d'une charte ou, d'une manière plus bureaucratique, en termes de listes d'attente définies ou quelque chose du genre.

Il y a un problème quant à l'accès à des soins complets fondés sur les données. Vous venez juste d'entendre une foule de détails sur les traitements efficaces contre les toxicomanies. Cela s'applique au traitement de toutes les maladies mentales. Très souvent, il n'y a pas d'accès à des soins fondés sur les données. Il s'agit d'un problème majeur. On peut résoudre ce problème en définissant les services accessibles en vertu de la Loi canadienne sur la santé en fonction des différents groupes et des différentes catégories de malades.

J'ai quelques recommandations spécifiques. Un bon point de départ, c'est qu'il y a des audiences à l'échelle nationale sur la santé mentale. Il s'agit d'une réalisation importante. Il serait très possible de fixer des objectifs nationaux en matière de santé mentale, qui devront, de toute évidence, faire l'objet de négociations entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Cette question est présente dans toutes



suicide both at the societal level and for those who are actually in contact with mental health services.

We really need a policy framework to guide the implementation of mental health services. That does not exist. It may need to exist at an individual provincial level, but that needs to be done.

Then there are issues related to funding. With respect to funding for mental health, a concern is that it really has not kept up generally with funding for health services. A particular way of addressing that is to focus on population-based funding approaches, so that you define the funding that would be available to a set population and then deliver the services in the most appropriate place for that population.

The final systems issue is really an accountability framework that addresses two things: one is performance measurement and as well as some sort of oversight agency to ensure that those performance targets are met. Again, that is primarily at the provincial level, but there have been discussions and recommendations about a national one as well.

The important thing from a systems perspective is those mechanisms should occur and, specifically, they should be addressing mental health. The Canadian Institutes of Health Information, CIHI, have a working group looking at performance measurement in mental health. However, more work is needed in that area.

In the area of service issues, it is important to remember that adult mental health issues occur in late adolescence and early adult life; and then, very often, the major ones tend to persist over time. Whereas we tend to think about health as more of an issue for the older population, mental health is still a major issue for the generally healthy population. That affects the kind of services and funding that needs to be provided because funding formulas are often weighted toward the older population.

The specific recommendations around services are that the services should be based on the disorders treated and population served — adult services, children services and seniors' services. We know a great deal about the prevalence and the impact of disorders; we are just hearing details about addictions; other areas are very well known. We can calculate the number of cases and the kinds of services that need to be provided for that population.

les autres. Il ne m'appartient pas d'entrer dans les détails. Mais pour vous donner un exemple pratique, des objectifs pourraient être fixés en ce qui a trait à la réduction du nombre de suicides, tant au niveau de la société en général qu'au niveau des gens qui sont actuellement en contact avec les services de santé mentale.

Nous avons vraiment besoin d'une politique-cadre pour orienter la mise en place des services de santé mentale. C'est quelque chose qui n'existe pas. On en aurait peut-être besoin dans le cas de certaines provinces particulières, mais c'est quelque chose qui doit être fait.

Il y a ensuite les questions liées au financement. Il est préoccupant de constater que le financement de la santé mentale n'a pas été maintenu, de façon générale, au même niveau que celui des services de santé en général. Une manière particulière de régler ce problème, c'est de se concentrer sur des approches de financement fondées sur la population, c'est-à-dire que vous déterminez le financement qui serait disponible pour une population donnée et, ensuite, vous offrez les services à l'endroit le plus approprié pour cette population.

Le dernier problème en est un qui est lié aux systèmes; en fait, il s'agit d'un cadre de reddition des comptes qui répond à deux besoins: premièrement, mesurer le rendement et, deuxièmement, créer une certaine forme d'organisme de supervision qui voit à la réalisation des objectifs fixés en matière de rendement. Encore une fois, il s'agit principalement d'une question qui intéresse les provinces, mais il y a eu des discussions et des recommandations qui portent également sur un système national.

Ce qui est important dans cette question liée aux systèmes, c'est que ces mécanismes devraient exister et qu'ils devraient s'appliquer, de manière spécifique, à la santé mentale. L'Institut canadien d'information sur la santé, ICIS, compte un groupe de travail sur la mesure du rendement en santé mentale. Cependant, il faut faire plus de travail dans ce domaine.

Dans le cas des problèmes liés aux services, il est important de se rappeler que les problèmes de santé mentale chez les adultes surviennent à la fin de l'adolescence et au début de la vie adulte et qu'ensuite, les problèmes sérieux ont très souvent tendance à persister dans le temps. Alors que nous avons tendance à croire que la santé est davantage une question qui concerne la population plus âgée, la santé mentale constitue toujours un problème majeur pour la population généralement en bonne santé. Cela influe sur le genre de services et sur le financement qu'il faut assurer, parce que les formules de financement favorisent souvent les populations plus âgées.

Les recommandations spécifiques en ce qui concerne les services, c'est que ces derniers devraient être fondés sur les maladies à traiter et sur la population à desservir: des services pour les adultes, des services pour les enfants et des services pour les personnes âgées. Nous en savons beaucoup sur la prévalence et sur les répercussions des maladies; nous venons juste d'entendre toutes sortes de détails au sujet des toxicomanies; et il y a d'autres

Through such a "needs-based" approach, we can provide services appropriately.

We need another recommendation as national support for clinical practice guideline development dissemination and implementation. Those are the practical guidelines for clinicians on how to deal with particular cases. We also need treatment teams with defined service goals and objectives for different groups of individuals — certainly the severe and persistently mentally ill — as well as support teams for primary care. The specialized mental health services cannot deal with the large burden of mental disorders that are dealt with in primary care, but they can enhance the care to that population through shared care programs and services.

We need improved information systems that provide support across the continuum of care so you can support the ongoing care in lower, less intensive and expensive levels of care. We need improved collaboration between social and health care providers. When patients with severe mental illnesses are discharged from hospital and they have no place to stay, that is a big problem. In the current environment, it is difficult to get the regulatory agencies, authorities and accountabilities for those services working together.

Finally, around research issues, I have a couple of specific recommendations. Federal health research budgets should be allocated on the basis of burden of disease for society. This is not currently the case in Canada; it is, in fact, the case in the United States. The National Institute of Mental Health and the addictions research institutes receive funding based on the burden of disease in the community. Mental health research is significantly underfunded and can have a big impact.

We need an increased number and quality of university-based research centres associated with care delivery organizations. For example, we have seen great advances in the collaboration in heart health services, where there is an intensive relationship between research and health services delivery. That close relationship does not tend to exist in the mental health services in the same way.

**The Chairman:** Thank you. You have raised many questions, but we will hear the other presenters first.

domaines qui sont très bien connus. Nous pouvons calculer le nombre de cas et les types de services qui doivent être assurés à la population concernée. Grâce à une telle approche «fondée sur les besoins», nous pouvons fournir des services de manière appropriée.

Autre recommandation, nous avons besoin d'un appui national pour l'élaboration, la dissémination et la mise en oeuvre de lignes directrices en matière de pratiques cliniques. Il s'agit de lignes directrices pratiques s'adressant aux cliniciens sur la façon de traiter des cas particuliers. Nous avons également besoin d'équipes de traitement ayant des objectifs de services définis pour différents groupes de personnes — certainement, pour le groupe des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes — ainsi que d'équipes d'appui pour les soins primaires. Les services de santé mentale spécialisés ne peuvent s'occuper du lourd fardeau que constituent les maladies mentales traitées au niveau des soins primaires, mais ils peuvent améliorer les soins prodigués à cette population par l'intermédiaire de programmes et de services de soins partagés.

Nous avons besoin de systèmes d'information améliorés qui assurent un appui dans tout le continuum des soins, de manière que vous puissiez appuyer les soins qui se donnent à des niveaux inférieurs, moins intenses et moins coûteux. Nous avons besoin d'une collaboration accrue entre les travailleurs sociaux et les fournisseurs de soins de santé. Lorsque les malades frappés de maladies mentales graves reçoivent leur congé de l'hôpital et qu'ils n'ont nulle part où aller, c'est un problème grave. Dans l'environnement actuel, il est difficile de faire en sorte que les organismes de réglementation, les autorités et les responsables de ces services travaillent en collaboration.

Enfin, au chapitre de la recherche, j'ai quelques recommandations précises. Les budgets de recherche en santé du gouvernement fédéral devraient être attribués en fonction du fardeau que représente la maladie en question pour la société. Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle au Canada; mais, c'est le cas aux États-Unis. Le National Institute of Mental Health et les instituts de recherche sur les toxicomanies reçoivent un financement qui est fonction du fardeau que représentent ces maladies pour la collectivité. La recherche en santé mentale est gravement sous-financée et pourtant, elle peut avoir des répercussions très importantes.

Il nous faut augmenter, quantitativement et qualitativement, les centres de recherche universitaires liés à des organismes qui dispensent les soins. Par exemple, nous avons vu d'énormes progrès dans le domaine de la santé cardiaque, là où il y a une collaboration très active entre les organismes de recherche et les organismes qui dispensent des services de santé. On n'a pas tendance à observer ce genre de collaboration étroite dans le domaine des services de santé mentale.

**Le président:** Merci. Vous avez soulevé de nombreuses questions, mais nous allons d'abord entendre les autres témoins.



**Mr. Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Programme, University of Manitoba:** Thank you for the invitation to speak about mental health. The primary focus of my remarks today will be on the issue of access to mental health services.

I want to address three points. First, access to cognitive behavioural therapies, which, for many mental disorders, are as effective as medications, less costly and preferred by patients in many cases. Second, I want to talk about access to psychological services in the public health care system; and third, I want to talk about access to mental health care services by recruitment of mental health professionals to rural and northern areas of Canada.

With respect to access to service is that people want therapy, not just drugs, when they have mental health problems. I agree that medications have an important role to play in the treatment of mental disorders, particularly in acute or emergency care of severe mental disorders. However, it is also true that many — if not the majority of patients — when asked what kinds of help they would like with their mental health problems, say they would like to talk about their problems with some qualified person who could help them solve their own problems themselves.

There are people who do not want this type of help. They prefer, for their own good reasons, to just have a prescription. That is fine; they should have that choice. However, many people who are also taking medication still have things they would like to talk out and solve with professional help. Many individuals, when given a choice, say that they would prefer to have psychotherapy rather than be treated with medications. This is particularly the case in studies where the details of the different treatments and their efficacy and side effects have been explained to people beforehand.

This is particularly the case with depression and anxiety disorders, which are very common and where ample research shows that cognitive behavioural therapy, CBT, and other science-based psychotherapies have approximately equal efficacy to drugs, often without nasty side effects and, in many cases, with less of a relapse problem later.

The first point is that patients should have the choice of a non-pharmacological treatment if they want it, or combined treatment if they want it. With the increasing cost of prescription medications, cognitive behavioural therapy may even be more cost-effective than pharmacotherapy in the long run.

**M. Robert McIlwraith, professeur et directeur, directeur du programme de psychologie en milieu rural et nordique, Université du Manitoba:** Merci de l'invitation qui m'a été adressée pour vous parler de santé mentale. L'élément principal de mes observations aujourd'hui sera la question de l'accès aux services de santé mentale.

J'ai l'intention de parler de trois points. Premièrement, l'accès aux thérapies cognitivo-comportementales qui, pour de nombreuses maladies mentales, sont aussi efficaces que les médicaments, moins coûteuses et qui, dans nombre de cas, reçoivent la préférence des malades. Deuxièmement, je veux vous parler de l'accès aux services de psychologie dans le système de soins de santé publique; et troisièmement, je veux vous parler de l'accès à des services de soins de santé mentale par le recrutement de spécialistes de la santé mentale dans les régions rurales et nordiques du Canada.

Pour ce qui est de l'accès à des services, on peut dire que lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, les gens veulent une thérapie, pas seulement des médicaments. Je suis d'accord pour dire que les médicaments ont un rôle important à jouer dans le traitement des maladies mentales, surtout dans le traitement aigu et d'urgence des maladies mentales graves. Cependant, il est également vrai que de nombreux malades — sinon la majorité des malades — nous disent, lorsqu'on leur demande quel genre d'aide ils voudraient recevoir, qu'ils aimeraient pouvoir parler de leurs problèmes avec une personne compétente qui pourrait les aider à résoudre elles-mêmes leurs propres problèmes.

Par contre, des personnes rejettent ce genre de traitement. Pour des raisons qui leur appartiennent, elles préfèrent tout simplement avoir une ordonnance. Et c'est bien; elles devraient avoir ce choix. Cependant, de nombreuses personnes qui prennent des médicaments ont également d'autres problèmes dont elles aimeraient pouvoir parler et qu'elles aimeraient pouvoir résoudre avec l'aide de spécialistes. Lorsqu'on leur en donne le choix, de nombreuses personnes préfèrent la psychothérapie aux médicaments. Cette donnée ressort particulièrement dans le cas des études dans lesquelles on a expliqué en détail à la personne les différents traitements offerts, leur efficacité respective et leurs effets secondaires respectifs.

Et c'est particulièrement vrai dans le cas de la dépression et des troubles anxieux, qui sont très courants, et où la recherche démontre amplement que la thérapie cognitivo-comportementale, et d'autres psychothérapies fondées sur la science, ont à peu près la même efficacité que les médicaments, souvent sans les effets secondaires très désagréables et, dans bien des cas, avec de meilleurs résultats quant au taux de rechute.

Le premier point, c'est que les malades devraient pouvoir choisir un traitement non médicamenteux s'ils le veulent ou un traitement combinant les deux, s'ils le veulent. Avec l'augmentation des coûts des médicaments prescrits, la thérapie cognitivo-comportementale pourrait même s'avérer plus rentable à long terme que la pharmacothérapie.

In the past decade, a combination of aggressive marketing by pharmaceutical companies and some cutbacks in funding for health care services is in danger of creating a system where treatment for mental disorders is equated only with medication; where everything other than medication is seen as social support and no longer the responsibility of the public health care system but rather a job for the volunteer sector. Families and support groups fulfil important roles, but they do not claim to be providing psychotherapy. The mental health system — squeezed as it is — seems to be abandoning the idea that treatment includes therapy. Persons with mental health problems, however, have not abandoned that idea.

My first recommendation is that the mental health care system should re-emphasize psychotherapy as treatment, not just drugs. There are extensive data to show that cognitive behavioural therapy is as effective as medications in many cases and can be more so in the long run for many mental disorders. Furthermore, it is often the patient's preference. It is also the case that people living in rural and remote areas have much more problem accessing psychotherapies, hence they are more likely to be treated with medications than people in urban centres.

Since I am a psychologist, I am aware that professionals from a number of backgrounds are trained to provide CBT, but because my background is psychology in the training of psychologists, I will talk briefly about access to psychological services in the public health care system.

There has been much spirited discussion about the dangers of Canada falling into a two-tier health care system. Such a system already exists, unfortunately, in quite an extreme form in the case of access to psychological services. Psychologists' services are not covered under medicare, as insured services, in any province. If people have the money or private insurance coverage, they have access to high quality psychological services, often within days or weeks. If they are dependent upon the public health care system, however, they will encounter long waits for the available psychological services in hospital out-patient departments or services based in schools, if they can even find them embedded in those institutions.

Psychologists are certainly out there in the community in professional office buildings or in practices located at the local mall, just like family physicians. However, the family doctor's services are insured while the private psychologist charges a fee. Despite this difference, however, psychologists in private practice are in high demand. The gap between fee-for-service incomes and salaries for psychologists in the public sector is leading more and more psychologists to forsake the public system, which will further limit access based on the ability to pay.

Au cours de la dernière décennie, une commercialisation très énergique de la part des entreprises pharmaceutiques combinée aux réductions des budgets consacrés aux services de soins de santé menacent de créer un système dans lequel le traitement des maladies mentales devient synonyme de médicament, dans lequel tout ce qui n'est pas médicament est vu comme une mesure d'appui social et non plus comme une responsabilité du système de soins de santé publique, mais plutôt comme un travail qui relève du secteur bénévole. Les familles et les groupes de soutien jouent un rôle important, mais ils n'ont pas la prétention d'assurer des services de psychothérapie. Le système de santé mentale — pressé comme il l'est — semble vouloir abandonner l'idée que le traitement comprend la thérapie. Par contre, les personnes atteintes d'une maladie mentale, elles, n'ont pas abandonné cette idée.

Je recommanderais en premier lieu que le système de soins de santé mentale mette de nouveau l'accent sur la psychothérapie comme mode de traitement, et non sur les médicaments seulement. Les données abondantes dont nous disposons prouvent que la thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les médicaments dans de nombreux cas et qu'elle l'est encore plus à long terme pour beaucoup de troubles mentaux. En outre, c'est souvent ce que préfère le patient. Les gens qui vivent dans les régions rurales et éloignées ont également beaucoup plus de difficulté à avoir accès à des psychothérapies et ont donc plus de chance d'être traités par des médicaments que les gens dans les centres urbains.

Étant moi-même psychologue, je sais que des professionnels de plusieurs secteurs sont formés pour faire de la TCC, mais comme je suis spécialisé dans la formation des psychologues, je vais vous parler brièvement de l'accès aux services psychologiques dans le système public de soins de santé.

Il y a eu bien des discussions animées au sujet des dangers que représenterait un système de soins de santé à deux vitesses au Canada. Malheureusement, un tel système existe déjà, sous une forme extrême dans le cas de l'accès aux services psychologiques. Les services de psychologue ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie des provinces. Si les gens ont l'argent ou une assurance privée, ils ont accès à des services psychologiques de qualité, souvent en l'espace de quelques jours ou semaines. Si par contre, ils dépendent du système public de soins de santé, ils se retrouvent sur de longues listes d'attente avant de bénéficier des services psychologiques offerts en clinique externe à l'hôpital ou dans des écoles, si tant est qu'ils existent dans ces établissements.

On trouve bien entendu des psychologues au sein de la collectivité dans des édifices professionnels ou des cabinets au centre commercial local, tout comme des médecins de famille. Toutefois, les services du médecin de famille sont assurés, alors que les psychologues privés exigent des honoraires. Malgré cette différence toutefois, les psychologues privés sont fort recherchés. L'écart entre les honoraires à l'acte et les salaires des psychologues du secteur public est tel que de plus en plus de psychologues abandonnent le système public, ce qui limite encore plus l'accès aux services en fonction de la capacité de paiement.



Excessive reliance on a pharmacological model of treatment within public health care institutions also leads to some psychologists leaving the public system. As a result, it is important to re-emphasize that the choice of psychologists to increasingly practise in the private sector rather than in the public sector is not a choice that is made in isolation. Psychologists in public practice have historically been inadequately paid, especially given the number of years of postgraduate training required to become licensed. In view of the fact psychology services are not insured under any provincial health plan, the availability of psychologists in the public system is constrained by the availability of salaried positions within the public institutions, which are frequently strapped for funding.

My second recommendation is that a variety of alternative mechanisms for funding psychological services should be explored in this country so that all Canadians — not only those who are better off — have access to the services of psychologists, if they need them. Certainly, the experience of private insurers in the United States has shown that inclusion of psychological services in health insurance schemes there has typically more than paid for itself due to the offsetting decrease in other health care costs for mental health and physical health problems, including hospitalizations and disability.

The third point I want to mention is in regard to mental health services in rural and remote areas. Delivery of health care services is always a matter of economies of scale. Canada, because of its geography, poses some significant challenges. We have a relatively small population spread across a very large territory. By Statistics Canada's definition, almost three quarters of Canadians live in urban areas, or within commuting distance of urban areas. While we frequently hear urban Canadians complain about their access to health care services, the real problem is for that one-quarter of Canadians who live in the other 90 per cent of the country, which are considered rural or remote communities by Statistics Canada's definition. Furthermore, 65 per cent of Canada's Aboriginal persons live in rural or remote areas, by Statistics Canada's definition. All of the economies of scale work against efficient delivery of mental health services in rural and northern communities.

Access to mental health services — as with all health care services in rural and remote communities — is a matter of recruitment and retention of health care professionals in these locations. Rural areas are significantly under-served by mental health professionals compared with urban areas. In Canada's urban areas, there is one psychologist for roughly every 2,000 people; in rural and remote areas, there is one psychologist for approximately every 10,000 people. I am sure the same sort of rural urban disparity applies for all other mental health professions as well.

I want to describe a program we have established in the Faculty of Medicine at the University of Manitoba to address the shortage of psychologist practicing outside of Winnipeg. Prior to

Un recours excessif à un modèle pharmacologique de traitement au sein des établissements publics de santé incite également certains psychologues à quitter le système public. Par conséquent, il est important de souligner à nouveau que le choix des psychologues d'exercer de plus en plus dans le secteur privé plutôt que dans le secteur public n'est pas un choix isolé. Les psychologues du système public ont toujours été mal payés, compte tenu en particulier du nombre d'années d'études supérieures exigées pour être agréé. Comme les services de psychologie ne sont pas assurés par le régime de santé provincial, l'accessibilité aux psychologues dans le système public est limitée en raison de la disponibilité de postes salariés au sein des établissements publics, lesquels sont souvent à court de fonds.

Je recommanderais ensuite d'explorer toute une variété d'autres mécanismes de financement des services psychologiques dans notre pays de manière que tous les Canadiens — et pas seulement ceux qui en ont les moyens — aient accès aux services de psychologues, s'ils en ont besoin. L'expérience de l'assurance privée aux États-Unis a certainement prouvé que l'inclusion des services psychologiques dans les plans d'assurance santé est en général plus que rentable en raison de la diminution d'autres coûts de soins de santé liés à des problèmes de santé mentale et physique, y compris les hospitalisations et l'invalidité.

J'aimerais m'attarder sur un troisième point, soit les services de santé mentale dans les régions rurales et éloignées. La prestation des services de soins de santé est toujours une question d'économies d'échelle. À cause de sa réalité géographique, le Canada présente des défis d'importance. Nous avons une population relativement peu nombreuse dispersée sur un très vaste territoire. D'après Statistique Canada, près des trois quarts des Canadiens vivent dans des zones urbaines ou dans des banlieues. Alors que nous entendons souvent les citoyens canadiens se plaindre de l'accès qu'ils ont aux services de soins de santé, le vrai problème se pose au quart de Canadiens qui vivent dans les 90 p. 100 restant du territoire, définis par Statistique Canada comme collectivités rurales et éloignées. En outre, 65 p. 100 des Autochtones du Canada vivent dans des régions rurales ou éloignées, toujours d'après Statistique Canada. Toutes les économies d'échelle vont à l'encontre d'une prestation efficace de services de santé mentale dans les collectivités rurales et du Nord.

L'accès aux services de santé mentale — comme à tous les services de soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées — est une question de recrutement et de maintien des professionnels de la santé dans ces endroits. Les régions rurales sont très mal desservies par les professionnels de la santé mentale par rapport aux régions urbaines. Dans les régions urbaines du Canada, on compte un psychologue pour environ 2 000 personnes; dans les régions rurales et éloignées, on en compte un pour environ 10 000 personnes. Je suis sûr que le même genre de disparité s'applique à toutes les autres professions de la santé mentale.

J'aimerais vous décrire un programme que nous avons créé à la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba pour justement régler la question de la pénurie de psychologues en dehors de



this program, there were virtually no doctoral level clinical psychologists practising full time outside of Metropolitan Winnipeg. The rest of the province, up to the border with Nunavut and Hudson's Bay, had either under-qualified persons or occasional fly-in services from psychologists.

In 1996, with funding from the Manitoba health department, we established a rural and northern community-based training program for psychologists. There are now full time doctoral level registered psychologists in Thompson, The Pas, Flin Flon, Dauphin and the Interlake. They provide services to outpatients in the community, and also to small mental health in-patient units that have been opened in general hospitals in these communities. They also consult with community groups on prevention programs and public education.

We provide them with backup to help them do their jobs because they have to be generalists. In the North, you will see one or two of every kind of possible case that you would see larger volumes of, in the south. In addition, we send interns to spend six months or 12 months in rural areas under their supervision. This is so these trainees can have a taste of a rural practice for six months or a year with a clinical supervisor right there, and see what life and practice in a rural community is like. We expose them to the challenges and rewards of rural practice.

Some people find it is not for them and they head straight back to the city. Others find that they quite enjoy it and like to practise there. In the past seven years, we have trained ten interns and four post-doctoral fellows and have hired five of them for positions in Thompson, The Pas and Dauphin.

We recognize there will always be turnover in rural and northern communities. People typically last two to three years before moving on, although we have had one staff psychologist with us for seven years. People will move on. We decided we would evaluate our success based on how long the position remains vacant after someone leaves — not how long someone stays. In most cases, when someone has left the North, we have been able to replace them the next day or the next month with another trainee from our programs. We are able to keep bringing in trainees and replacing their supervisors later on.

My last recommendation has to do with the use of telehealth in remote areas. Telehealth is interactive television video through the Internet. We use this to support our psychologists up north and to provide extra training and supervision and collegial contact to our trainees when they are up north. We use it to provide them with access to specialist consultation when they run into complex cases. I believe strongly that while telehealth is a wonderful support to the professionals working in remote communities, it should not

Winnipeg. Avant ce programme, il n'y avait pratiquement pas de psychologues du niveau de doctorat exerçant à plein temps à l'extérieur de la région métropolitaine de Winnipeg. Le reste de la province, jusqu'à la frontière du Nunavut et la baie d'Hudson, avait accès à des personnes mal qualifiées ou à des services occasionnels dispensés par des psychologues qui se déplaçaient en avion.

En 1996, grâce au financement du ministère manitobain de la Santé, nous avons mis sur pied un programme de formation de psychologues dans les collectivités rurales et du Nord. On retrouve actuellement des psychologues du niveau de doctorat à plein temps à Thompson, The Pas, Flin Flon, Dauphin et la région des Lacs. Ils fournissent des services à des patients externes dans la collectivité, ainsi que dans de petites unités de santé mentale qui ont été créées dans les hôpitaux généraux de ces collectivités. Ils conseillent également des groupes communautaires à propos des programmes de prévention et de l'éducation du public.

Nous leur fournissons un soutien pour les aider à faire leur travail, car ils doivent être généralistes. Dans le Nord, on ne trouve qu'un ou deux de chacun des cas possibles qui se manifestent en plus grand nombre dans le sud. En outre, nous envoyons des internes passer six à 12 mois dans les régions rurales sous leur supervision. Ces stagiaires peuvent donc expérimenter leur profession en milieu rural pendant six mois ou un an avec un chargé de formation clinique sur place et se rendre compte de ce que représente la vie et l'exercice de la profession dans une collectivité rurale. Nous les exposons aux défis et à l'expérience enrichissante d'un cabinet en milieu rural.

Certains en concluent qu'ils ne sont pas à leur place et reviennent directement en ville. D'autres trouvent l'expérience intéressante et souhaitent exercer dans ces collectivités. Ces sept dernières années, nous avons formé dix internes et quatre boursiers de recherches postdoctorales et nous en avons embauché cinq pour des postes à Thompson, The Pas et Dauphin.

Nous savons bien qu'il y aura toujours un roulement de personnel dans les collectivités rurales et du Nord. En général, les gens restent de deux à trois ans avant de repartir, bien que nous ayons un psychologue depuis sept ans. Les gens ne restent pas. Nous avons décidé d'évaluer notre succès en fonction de la durée de vacance d'un poste — et non en fonction de la durée d'occupation du poste. En général, en cas de départ du Nord, nous avons pu trouver un remplaçant le jour ou le mois suivant, soit un autre stagiaire de nos programmes. Nous sommes également en mesure d'envoyer des stagiaires et de remplacer leur superviseur par la suite.

Ma dernière recommandation vise le recours à Télésanté dans les régions éloignées. Télésanté est une vidéo de télévision interactive diffusée par Internet. Nous y avons recours pour aider nos psychologues dans le Nord et pour assurer une formation et une supervision supplémentaires, ainsi que des contacts collégiaux pour nos stagiaires qui se trouvent dans le Nord. Nous nous en servons pour leur donner accès à une consultation de spécialistes lorsqu'ils tombent sur des cas



and cannot substitute for them. In all areas of health, perhaps especially in mental health care, the personal contact between the professional and the patient is essential. Talking via TV to a psychologist in Toronto or Atlanta is not the same as face-to-face psychotherapy. Some might counter that telehealth service is better than no service at all. I do not accept the premise that the alternative has to be no service at all. Our experience in the past seven years has shown that it is quite possible to deliver high-quality health care service by fully qualified psychologists to people in rural and northern communities.

The danger is that if you provide service only by telehealth, it reinforces the impression that the mental health problem dwells in that individual client or patient if the professional at other end of the TV link sees nothing of the context in which that person lives or the context they will be returning to following treatment.

Psychologists who live in rural and northern communities also have the opportunity to become involved in prevention, community development and education. I remind them that they are role models and I send them to every high school career day in every town in the North so that some student in a northern town might start thinking that they want to be a psychologist some day.

My final recommendation, therefore, is to use this telehealth technology as a support to our colleagues in rural and remote communities — not as a substitute for them. I fear that provincial governments might embrace telehealth excessively and see it as the solution to this difficult recruitment problem of finding professionals for the North, but I think that would be going too far.

**Ms. Margaret Synyshyn, President, Registered Psychiatric Nurses of Canada:** On behalf of the Registered Psychiatric Nurses of Canada, RPNC, I would like to thank the Senate committee for the opportunity to speak to issues that we feel are of the greatest importance to all Canadians. The RPNC has forwarded a written submission to the committee regarding mental illness and mental health. I will not read that submission, but I will try to emphasize some things that the RPNC feels are necessary for a comprehensive approach to mental health and mental illness in Canada.

Registered psychiatric nurses have been providing professional mental health services to Canadians for more than 75 years. We are a regulated profession and we have regulatory bodies and accredited educational programs in the four western provinces of Canada. Registered Psychiatric Nurses, RPNs, are not an entity in Eastern Canada. I have provided you with supporting documents regarding our code of ethics, our standards of practice, components and competencies, as well as provincial legislation.

complexes. Je suis d'avis que même si Télésanté est un appui merveilleux pour les professionnels qui travaillent dans les collectivités éloignées, il ne faudrait pas que ce service les remplace, vu que ce ne serait pas la bonne solution. Dans tous les domaines de la santé, dans celui des soins de santé mentale notamment, le contact personnel entre le professionnel et le patient est essentiel. Parler via la télévision à un psychologue à Toronto ou à Atlanta n'a rien à voir avec la psychothérapie personnelle. Certains pourraient dire que le service Télésanté est mieux que rien. Je n'accepte pas que le choix se fasse entre Télésanté ou aucun service du tout. D'après notre expérience des sept dernières années, il est tout à fait possible que des psychologues qualifiés offrent des services de soins de santé de qualité aux gens des collectivités rurales et du Nord.

Le danger, c'est que si vous assurez des services uniquement par Télésanté, vous donnez encore plus l'impression que le problème de santé mentale est propre au client ou au patient, dans la mesure où le professionnel à l'autre bout ne voit rien du contexte dans lequel vit le patient ou dans lequel il va se retrouver après le traitement.

Les psychologues qui vivent dans les collectivités rurales et du Nord ont également la possibilité de s'occuper de prévention, de développement et d'éducation de la collectivité. Je leur rappelle qu'ils sont des modèles de comportement et je les envoie participer à toutes les journées «carrières en perspective» organisées dans les écoles secondaires de chaque ville du Nord pour que des élèves des villes du Nord puissent envisager de devenir psychologues.

Je recommanderais donc pour terminer de n'avoir recours à la technologie Télésanté que pour appuyer nos collègues dans les collectivités rurales et éloignées — et non pour les remplacer. Je crains que les gouvernements provinciaux n'embrassent excessivement Télésanté et ne considèrent cet outil comme la solution au problème difficile de recrutement de professionnels dans le Nord; ce serait, à mon avis, aller trop loin.

**Mme Margaret Synyshyn, présidente, Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:** Au nom de l'Association, j'aimerais remercier le comité sénatorial de nous donner l'occasion de parler de points qui, selon nous, sont de la plus haute importance pour tous les Canadiens. Notre Association a envoyé un mémoire écrit au comité à propos de la maladie mentale et de la santé mentale. Je ne vais pas le lire, mais je vais tenter de souligner certains éléments qui, de l'avis de l'Association, sont nécessaires pour une approche globale de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.

Les infirmières et infirmiers psychiatriques offrent des services professionnels de santé mentale aux Canadiens depuis plus de 75 ans. Nous faisons partie d'une profession réglementée et nous avons des organes de réglementation ainsi que des programmes d'études agréées dans les quatre provinces de l'ouest du Canada. Les infirmières et infirmiers psychiatriques n'existent pas en tant que tels dans l'est du Canada. Je vous ai apporté des documents relatifs à notre code de déontologie, nos normes de pratique, nos composantes et nos compétences, ainsi qu'à la législation provinciale.



The RPNC strongly supports the recent call by the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, for a national plan for mental health. The federal government needs to set a strong tone and standards for mental health service delivery in Canada or mental health services will continue to be the "orphan child" of the health care system — a system that continues to focus on high-end technologies, out-dated medical models and systems of remuneration. This system frequently has little appreciation for the connection between mind and body and how this relates to overall health.

The focus in the past has always been on the treatment of illness after the fact. Although commendable and, of course, of the utmost importance, both the literature and recent research have begun to look at different models of how we conceptualize health, which focus on the before-the-fact concept. We know that many physical illnesses are preventable or more easily treated if identified early. This is also true in the area of mental health and mental illness.

Early intervention is a principle that applies to all areas of mental illness and across all ages. Early intervention applies in the case of at-risk populations, such as those individuals who may be at risk for developing psychotic disorders or those who have suffered trauma due to life events or individuals who do not have strong coping skills due to a number of circumstances in their early lives.

Research and early intervention is undisputable and points to better outcomes for individuals who are able to access a range of services from a range of service providers in settings close to where people live and work. It is most effective — from both a human perspective and a financial perspective — for individuals and families to access services before their symptoms interfere with the quality of their family life, their social life, educational preparation or employment.

In our submission, we have spoken to the need for embedding mental health services as a component in a primary health care model for service delivery. Principles of this model include: Essentiality — ensuring that mental health services are included as a universal standard of delivery; community participation — helping persons with mental illness build personal capacity so that they can participate meaningfully in decisions that affect them; intersectoral collaboration — having all services necessary for a reasonable quality of life available, not supporting the traditional stovepipe models that serve to fragment and compartmentalize services; access — providing home care to those with mental illness so that they can remain in their homes and ensuring that those who have employment can afford the medication that is prescribed to them without having to make a choice about quitting their jobs or going on social assistance so that their medication costs can be covered; and, finally empowerment — ensuring that everyone has a voice and that the respect that is a right is demonstrated throughout society.

Notre Association appuie vivement l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale — ACMSM — qui réclame un plan national pour la santé mentale. Le gouvernement fédéral doit s'engager à ce propos et fixer des normes solides en matière de prestation de services de soins de santé mentale au Canada, faute de quoi, les services de santé mentale continueront d'être le «parent pauvre» du système de soins de santé — système qui continue de mettre l'accent sur les hautes technologies, des modèles médicaux et des régimes de rémunérations désuets. Ce système ne saisit pas vraiment le rapport qui existe entre l'esprit et le corps dans le contexte de la santé globale.

Dans le passé, l'accent a toujours été mis sur le traitement de la maladie une fois celle-ci déclarée. Bien que ce soit louable et évidemment, de la plus haute importance, les sources documentaires tout comme les recherches récentes se penchent maintenant sur d'autres modèles de conceptualisation de la santé, qui mettent l'accent sur le traitement avant que la maladie ne se déclare. Nous savons que beaucoup de maladies physiques sont évitables ou plus facilement traitées si elles sont détectées précocement. Cela s'applique également au domaine de la santé mentale et de la maladie mentale.

L'intervention précoce est un principe qui s'applique à tous les domaines de la maladie mentale, peu importe l'âge des patients. L'intervention précoce s'applique aux populations à risque, comme les personnes qui risquent d'être atteintes de psychoses ou qui ont souffert de traumatismes au cours de leur vie, ou celles qui n'ont pas de bonnes habiletés d'adaptation en raison de plusieurs événements au début de leur vie.

D'après les recherches, l'intervention précoce est un processus assuré qui donne de meilleurs résultats dans le cas des patients qui peuvent avoir accès à toute une gamme de services offerts par tout un éventail de professionnels dans des endroits à proximité de leurs lieux de résidence et de travail. Elle est des plus efficace — tant d'un point de vue humain que financier — pour les personnes et les familles qui peuvent avoir accès aux services avant que les symptômes ne perturbent la qualité de leur vie familiale, de leur vie sociale, de leurs études ou de leur emploi.

Dans notre mémoire, nous disons qu'il faut inclure les services de santé mentale dans le modèle de soins de santé primaires pour la prestation des services. Parmi les principes de ce modèle, citons: le caractère essentiel — faire en sorte que les services de santé mentale soient considérés comme norme universelle de prestation; la participation communautaire — aider les personnes atteintes de maladie mentale à développer leur capacité personnelle de manière à prendre part aux décisions qui les touchent; la collaboration intersectorielle — rendre disponibles tous les services nécessaires pour une qualité de vie raisonnable, ne pas appuyer les modèles cloisonnés traditionnels qui servent à fragmenter et compartimenter les services; l'accès — fournir des soins à domicile à ceux qui sont atteints de maladie mentale pour qu'ils puissent rester chez eux et faire en sorte que ceux qui ont un emploi puissent se permettre les médicaments prescrits et ainsi ne pas décider de quitter leur emploi ou de s'inscrire à l'assistance sociale pour que leurs médicaments soient remboursés; enfin, la prise en charge de soi — s'assurer que chacun a voix au chapitre et que le respect qui est un droit se manifeste dans toute la société.



The RPNC believes in the concept of naturally occurring supports for persons with mental illness. Families, colleagues and friends continue to be the ongoing support when all the professionals have gone home for the day. We believe that a commitment by government at all levels for financial support to groups that advocate self-help and empowerment to individuals with mental illness will go a long way in combating stigmatization and creating awareness about mental illness.

We believe that there is urgency in putting words into actions. We know that one out of every five people are likely to experience some type of mental disorder in their lifetime. According to CIHI, in 1995-96 hospitals devoted 5.5 million bed-days to people affected by mental disorders — twice the number of hospital days devoted to people with all forms of cancer.

The current literature speaks to the high incidence of co-occurring disorders — addiction and mental illness. Mental health issues and mental illness can no longer be treated as someone else's issues. These are everyone's issue and the time for a national response is now.

The Registered Psychiatric Nurses of Canada thank you for this opportunity and thank you for your time and attention.

**The Chairman:** Why are you registered in only four provinces? What is wrong with the East?

**Ms. Synyshyn:** It has to do with the development of nursing in Canada. In the West, they tended to follow the British model, which had not only generally prepared nurses but also psychiatric nurses and nurses prepared in midwifery.

**The Chairman:** Do you mean at nursing schools?

**Ms. Synyshyn:** Yes. We are a separate body of knowledge and we have separate educational systems.

**Senator Morin:** We Easterners must realize that this is not a specialization; they train as psychiatric nurses.

**The Chairman:** As opposed to being registered nurses plus?

**Ms. Synyshyn:** That is correct. We are registered psychiatric nurses.

**Senator Morin:** You might stress this point. We are not familiar with it.

**Ms. Synyshyn:** You would not be, although at one point in Nova Scotia there were registered psychiatric nurses and a registration body. I have not been around that long, so I am not sure what happened there. However, there are registered psychiatric nurses in Britain. We do a lot of exchanges of

L'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada est convaincue que les personnes atteintes de maladie mentale bénéficient de soutien naturel. Les familles, les collègues et les amis continuent de fournir un appui constant lorsque tous les professionnels ont terminé leur journée de travail. Selon nous, un engagement de la part du gouvernement visant à appuyer financièrement les groupes qui défendent l'initiative personnelle et la prise en charge de soi de la part des personnes atteintes de maladie mentale sera très utile pour combattre la stigmatisation et sensibiliser le public à la maladie mentale.

Nous croyons qu'il est urgent de joindre le geste à la parole. Nous savons qu'une personne sur cinq risque de souffrir d'un genre de trouble mental dans sa vie. D'après l'ICIS, en 1995-1996, les hôpitaux ont consacré 5,5 millions de jours-lit aux personnes atteintes de troubles mentaux — deux fois plus que le nombre de jours-patient consacrés aux personnes atteintes de toutes les formes de cancer.

Les sources documentaires actuelles parlent de l'incidence élevée des troubles concomitants — la toxicomanie et la maladie mentale. Les questions de santé mentale et de maladie mentale ne peuvent plus être considérées comme le problème d'autrui. C'est le problème de tout un chacun et il est temps d'y apporter une réponse à l'échelle nationale.

L'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada vous remercie de votre temps et de votre attention.

**Le président:** Pourquoi n'y a-t-il des infirmières et infirmiers psychiatriques que dans quatre provinces? Qu'est-ce qui ne va pas dans l'Est?

**Mme Synyshyn:** Cela s'explique par l'évolution des sciences infirmières au Canada. Dans l'Ouest, on a eu tendance à suivre le modèle britannique, qui prépare non seulement des infirmiers et infirmières généralistes, mais aussi des infirmiers et infirmières psychiatriques, ainsi que des sages-femmes.

**Le président:** Voulez-vous parler de la formation dans les écoles de sciences infirmières?

**Mme Synyshyn:** Oui. Nous représentons un ensemble de connaissances à part ainsi que des programmes d'études distincts.

**Le sénateur Morin:** Nous qui sommes de l'Est devons comprendre que ce n'est pas une spécialisation; c'est une formation d'infirmières et infirmiers psychiatriques.

**Le président:** Par opposition à la profession d'infirmières et infirmiers spécialisés?

**Mme Synyshyn:** C'est exact. Nous sommes des infirmières et infirmiers psychiatriques.

**Le sénateur Morin:** C'est un point à souligner, puisque nous ne sommes pas vraiment au courant.

**Mme Synyshyn:** Ce n'est pas étonnant, même si à un moment donné, il y avait en Nouvelle-Écosse des infirmières et infirmiers psychiatriques ainsi qu'un organe d'agrément. Je ne suis pas dans la profession depuis longtemps si bien que je ne sais pas vraiment ce qui s'est passé dans cette province. Toutefois, il y a en Grande-

registered psychiatric nurses among Commonwealth countries. There are RPNs in New Zealand, Australia and Bermuda, and we have reciprocity to some degree.

**The Chairman:** There are nurses in the East who are fulfilling the same function as your members in the West, but they are not trained in the same way?

**Ms. Synyshyn:** I do not know about that. I know that within Western Canada, registered psychiatric nurses provide a wide range of mental health services — much of it in the communities. I do not know how well they are incorporated into mental health service delivery in Eastern Canada. I know that within hospital settings RNs work in acute treatment units. However, but in terms of community I think that many RNs who might be working in the area of mental health are masters prepared. Many of them get into the field after they have worked in the mental health field for quite a while. However, in Western Canada our people are prepared at entry level.

**The Chairman:** We will have to find out how the eastern program works.

A number of witnesses over the last couple of months have talked about the need for a national mental health plan. I liked the words Dr. Addington used. He called it a national action plan. I want to emphasize the word “action.” You then talked about getting the federal government and the provinces to do something — which is a plan for “inaction.”

None of you may have an answer right now to my questions. However, I would like to have your views on these two questions. First, what are the major components of such a plan? Forget about the intergovernmental process, we will handle that. My second question also deals with something two or three of you raised: You suggested that there ought to be a number of things covered under medicare that are not now covered under medicare. You did not put it that way, but that is what you implied.

To have any practical hope in the world of selling that, one needs to be able to carefully ring-fence what is inside the tent and what is outside the tent. Let me give you a concrete example of what I mean. In our previous health report — contrary to what some of the media said — we did not support universal home care. The home care we talked about was post-acute home care. The only way you could get into the program was by being discharged from a hospital. It is service-based funding, so the guidelines were clear. It was not a sinkhole that was going to go off somewhere. More important, it saved money because you would move people out of an expensive bed into a less expensive bed.

We could really use your help on this issue. You and your colleagues in the business may wish to comment generally on this question. How do you tightly ring-fence what is to be included inside the “medicare covered” tent if you were to expand it

Bretagne des infirmières et infirmiers psychiatriques. Nous faisons beaucoup d'échanges avec les pays du Commonwealth puisque l'on retrouve des infirmières et infirmiers psychiatriques en Nouvelle-Zélande, en Australie, aux Bermudes et qu'il y a réciprocité, dans une certaine mesure.

**Le président:** Il y a des infirmières et infirmiers dans l'Est qui jouent le même rôle que vos membres dans l'Ouest, mais qui ne sont pas formés de la même façon?

**Mme Synyshyn:** Je n'en sais trop rien. Tout ce que je sais, c'est que dans l'ouest du Canada, les infirmières et infirmiers psychiatriques offrent toute une gamme de services de santé mentale — essentiellement au sein des collectivités. Je ne sais pas dans quelle mesure ils participent à la prestation de services de santé mentale dans l'est du Canada. Je sais qu'en milieu hospitalier, les infirmiers et infirmières travaillent dans des unités de soins actifs. Toutefois, pour ce qui est des services au sein des collectivités, je crois que beaucoup d'infirmiers et infirmières qui travaillent dans le domaine de la santé mentale sont au niveau de la maîtrise. Beaucoup restent dans le domaine de la santé mentale après y avoir travaillé pas mal de temps. Dans l'ouest du Canada par contre, nos infirmières et infirmiers suivent une formation en santé mentale dès le début de leurs études.

**Le président:** Il faut voir comment fonctionne le programme dans l'Est.

Au cours des derniers mois, plusieurs témoins ont parlé de la nécessité de mettre sur pied un régime national de santé mentale. M. Addington a plutôt parlé d'un plan d'action national. J'aime bien cette expression. J'insiste toutefois sur le mot «action». Vous avez dit qu'il fallait encourager le gouvernement fédéral et les provinces à faire quelque chose — il faut plutôt s'attendre à de l'«inaction» de leur part.

Vous ne serez peut-être pas en mesure de répondre immédiatement à mes questions, mais je vais quand même vous en poser deux. D'abord, quelles sont les principales composantes du plan d'action? Oubliez le processus intergouvernemental, nous allons nous en occuper. Ensuite, et deux ou trois d'entre vous l'ont mentionné, vous avez dit que plusieurs services devraient être couverts par le régime d'assurance-maladie. Vous ne l'avez pas dit en ces termes, mais c'est ce que vous avez laissé entendre.

Or, pour y arriver, il faudrait soigneusement définir les services qui sont couverts par le régime, et ceux qui ne le sont pas. Je vais vous donner un exemple. Dans notre dernier rapport sur la santé — contrairement à ce que certains médias ont affirmé — nous nous sommes prononcés contre le principe des soins à domicile universels. Toutefois, nous nous sommes dits en faveur d'un programme de soins actifs à domicile. Pour y être admissible, il faudrait qu'une personne obtienne son renvoi de l'hôpital. Ensuite, le remboursement serait basé sur les services. Les lignes directrices à ce sujet sont très claires. Il n'est pas question de créer un gouffre. Par ailleurs, ce programme nous permettrait de réaliser des économies et de libérer des lits qui coûtent cher.

Nous aimerions vraiment avoir votre avis là-dessus, même de manière très générale. Sur quels critères doit-on se fonder pour définir les services, autres que ceux offerts par les hôpitaux et les médecins, qui doivent être couverts par le régime d'assurance-



beyond hospital and doctor services? Unless you can persuade ministers of finance — federally and provincially — that the ring-fence is really there, you have not a hope, because they will see it as a sinkhole.

That is a simple question to open it up. I would love to hear your comments.

**Dr. Addington:** One way of doing that is to define clearly your target populations in terms of their disorders and their disabilities. At the moment, that is how people get into different components of the health care system. If you are acutely ill, totally disorganized, at risk to other people or yourself, then those are criteria for acute-care hospitalization. You could treat that for one or two weeks and then follow through with home care.

There are some people who are suitable for acute-care treatment who can be treated before hospitalization. That group can be clearly defined. The numbers can be described and the services delivered.

Early intervention is another area that was mentioned. As an example, we used to count schizophrenia in terms of its prevalence — that is, the number of new cases per year, by hospitalizations. We can now deliver services whereby less than half end up coming into hospital at presentation. They can be seen and identified in the community.

We know fairly clearly how many new cases per 100,000 population to expect. We can set up early psychosis-identification services that reduce the length of time between when people get sick and when they are seen. At the moment, it is an average of one to two years in the major mental disorders.

**Senator Morin:** Are these early detection services not already covered by medicare? The chair's question dealt with areas that are not covered by medicare but should be.

**Dr. Addington:** The issue is you can conceive at the moment that those services can be covered. However, mostly the services do not exist. The ones that are very clearly not covered were mentioned. They include individual psychological treatments. However, they are sometimes available within the health system, but the quantity is incredibly limited.

**Dr. Marsh:** In response to your question about a national action plan and the issue of how we distinguish between what should be funded and what should not be funded from public monies, the first key component is good data on which to make decisions. We have some types of data, such as prevalence, incidence for new cases of major mental illnesses. We do not have reliable data even on prevalence of substance use disorders in Canada. We certainly do not have good data on outcomes from

maladie? Pour y arriver, il faudra convaincre les ministres des Finances — à l'échelle fédérale et provinciale —, parce qu'ils vont considérer cela comme un véritable gouffre.

La question est simple. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Le Dr Addington:** On pourrait, par exemple, définir les groupes cibles en fonction des affections et des incapacités dont ils sont atteints. C'est ce qu'on fait en ce moment avec le régime de soins de santé. Si vous êtes gravement malade, totalement désorganisé, et que vous constituez un risque pour vous-même ou pour les autres, vous allez être admis dans un hôpital de soins actifs. Vous allez être soigné pendant une ou deux semaines avant d'être renvoyé à la maison, où vous bénéficierez de soins à domicile.

Il y a des personnes qui sont admissibles aux soins actifs et qui peuvent être soignées avant d'être hospitalisées. Ce groupe peut être clairement défini. Il suffit ensuite de lui fournir les services dont il a besoin.

Quelqu'un a parlé de l'intervention précoce. Nous avons l'habitude, par exemple, de compter les cas de schizophrénie en fonction du taux de prévalence — c'est-à-dire, le taux d'apparition de nouveaux cas au cours d'une année. Grâce aux services que nous sommes maintenant en mesure d'offrir, moins de la moitié des personnes atteintes de schizophrénie sont admises dans des hôpitaux. Ce segment de population peut être cerné au sein de la collectivité.

Nous avons une assez bonne idée du nombre de nouveaux cas qui peuvent apparaître par 100 000 habitants. Nous offrons des services de dépistage précoce des troubles psychotiques qui permettent de réduire le délai entre le moment où la personne est atteinte de la maladie et le moment où elle est examinée. Pour l'instant, les personnes atteintes d'une maladie mentale importante doivent attendre entre 12 et 24 mois avant de se faire examiner.

**Le sénateur Morin:** Le service de dépistage précoce n'est-il pas déjà couvert par le régime d'assurance-maladie? La question de la présidence portait sur les services qui ne sont pas couverts par le régime, mais qui devraient l'être.

**Le Dr Addington:** On pourrait penser que ces services sont couverts. Toutefois, ils ne le sont pas, pour la plupart. Ceux qui ne sont pas couverts ont été mentionnés. Parmi ceux-ci figure la psychothérapie individuelle. Toutefois, ces services sont parfois offerts par le régime de soins de santé, mais de façon très restreinte.

**Le Dr Marsh:** Pour revenir au plan d'action national et à la question de savoir quels services doivent ou non être financés à même les deniers publics, il faut d'abord disposer de données fiables pour prendre des décisions. Nous avons certaines données, comme le taux de prévalence, l'incidence de nouveaux cas de maladies mentales. Nous n'avons pas de données fiables sur le taux de prévalence de troubles liés à des toxicomanies au Canada. Nous n'avons pas de données fiables sur les résultats que donnent

different treatments using well-accepted outcome measures such as disability-adjusted life years or some other measures.

If someone were to make a case that, for example, the services of an individual psychologist or a registered psychiatric nurse should be funded from public funds, then there should be data to demonstrate that those services would be more cost-effective than what is currently offered by public funds. For that matter, what is currently paid for out of public funds should be analyzed under that lens.

**The Chairman:** I totally agree with you. However, here is the problem: The collection of that data is a multi-year process. Meanwhile — and I will exaggerate to make a point — nothing happens. The question we need to think through is: What are we doing in parallel? We cannot do it in the optimal research way, whereby we first get the data then make the decisions and put them in place. We must start doing something now. The question is: How do we move in parallel?

**Dr. Marsh:** My comment is that throwing money at a problem without good accountability mechanisms is not likely to be effective.

**Mr. McIlwraith:** I agree with that. I think we are all supporters of data and comfortable with basing service decisions on data, particularly if you have data that indicate that certain interventions reduce the number of hospital admissions or reduce the chronicity lifelong.

There is not a complete absence of data. There have been a number of studies done in other jurisdictions, which this committee has likely reviewed. Many of us could present you with articles showing things like medical cost offset of various treatments and benefits of early intervention in terms of cost savings. Of course, it is hard to put a price on the degree of disability from mental health disorders.

In the case of the sinkhole question, I am not necessarily advocating, in the case of psychologists, that they be put on a fee-for-service basis similar to physicians. There are a number of funding models. The Canadian Psychological Association has looked at this a number of times. They have looked at psychologists in primary care practices and capitation kinds of systems. There are lots of different ways.

My point is that it is hard to go to Thompson and hang up a shingle because you do not have a billing number. People coming to see you either must have cash or there has to be an existing salaried position in Thompson before you go there. There are a lot of different models to define the populations and activities in a fairly accountable way.

**Ms. Synyshyn:** I work in the area of child and adolescent mental health. I work in a facility that has a hospital-based service, bed-based. We have a large community component that we actually initiated in 1994. We used to have 25 beds.

**The Chairman:** In what community?

différents traitements. Ces données sont compilées au moyen d'indicateurs reconnus comme, entre autres, l'espérance de vie sans incapacité.

Si on laisse entendre, par exemple, que les services d'un psychologue ou d'une infirmière psychiatrique autorisée devraient être financés à même les deniers publics, il faudrait alors s'appuyer sur des données qui montrent que ces services coûtent moins cher que ceux qui sont actuellement offerts par le régime public. Il faudrait, par ailleurs, analyser les services qui sont actuellement financés à même les deniers publics.

**Le président:** Je suis tout à fait d'accord avec vous. Toutefois, il y a un problème: la collecte de données est un processus qui s'étend sur plusieurs années. Entre-temps — et j'exagère ici — on ne fait rien. La question que nous devons nous poser est la suivante: que pouvons-nous faire entre-temps? Nous ne pouvons pas entreprendre des recherches optimales, c'est-à-dire recueillir d'abord des données et ensuite prendre des décisions. Nous devons agir dès maintenant. Or, que pouvons-nous faire? Voilà la question.

**Le Dr Marsh:** On ne peut pas investir de l'argent pour régler un problème sans disposer de mécanisme de reddition fiable.

**M. McIlwraith:** Je suis d'accord. Nous sommes tous d'accord pour dire qu'il nous faut des données, que les décisions doivent s'appuyer sur des données, surtout si elles montrent que certaines interventions réduisent le nombre d'admissions dans les hôpitaux ou la chronicité permanente.

Toutefois, des données, il en existe. Plusieurs études ont été réalisées ailleurs, et le comité les a probablement déjà vues. Nous pourrions vous soumettre des articles où il est question des baisses de coûts qu'entraînent divers traitements, ou encore des économies que permettent de réaliser les programmes d'intervention précoce. Évidemment, il est difficile de mesurer le degré d'invalidité qui est associé aux troubles mentaux.

Pour ce qui est de la question du gouffre, je ne propose pas nécessairement que les psychologues, par exemple, soient rémunérés à l'acte, comme le sont les médecins. Il existe plusieurs méthodes de paiement. La Société canadienne de psychologie s'est penchée là-dessus à maintes reprises. Elle a analysé la situation des psychologues qui travaillent dans des établissements de soins primaires, et a aussi examiné divers modes de paiement. Il existe différentes approches.

Ce que j'essaie de dire, c'est qu'il est difficile d'arriver chez Thompson et d'afficher une petite enseigne sans numéro de facturation. Les personnes qui viennent vous consulter doivent payer comptant. Sinon, il doit y avoir un médecin salarié chez Thompson avant qu'elles puissent y aller. Il existe différents modèles qui permettent de définir les groupes cibles et les services de façon responsable.

**Mme Synyshyn:** Je m'occupe de la santé mentale des enfants et des adolescents. Je travaille dans un établissement qui offre des services hospitaliers. Nous desservons une collectivité assez importante, et ce, depuis 1994. Nous avions, dans le passé, 25 lits.

**Le président:** De quelle collectivité s'agit-il?



**Ms. Synyshyn:** Manitoba.

In 1994, we had a 25-bed hospital setting for adolescents. Those beds were full. That year, we got the opportunity to provide some community-based service that was not physician-based. It was a multidisciplinary team that worked in the community. Since 1994, we have closed eight of those beds and we anticipate more closures. The fact of the matter is those beds are not being used. Once you do put services in the community, a multidisciplinary service where people can seek service prior to getting so bad that they end up in emergency room, your need for costly bed-based services decreases. That is a fact. I have lived it. I know what happens.

The fact of the matter is that you have to push those services a lot of times kicking and screaming into the community. That is where they need to be delivered. It needs to be a multidisciplinary perspective. Not everyone needs the same kind of service.

**Dr. Addington:** Many services are currently provided in the community and those services are for defined patient populations with identifiable needs that can be measured and assessed. There is much good data indicating that these are effective programs and we do not need to wait for more research to be able to deliver on a practical and coherent mental health plan. In fact, it is already being done in the United Kingdom and in Australia. There are good recommendations out of the Surgeon General's office but they do not really have an organized health system.

**Senator Morin:** Dr. Marsh, I fully agree with your need for an accountability performance measurements information system. There is a gap there that is probably more important than for other diseases and other specialties.

I would like to have your opinion on the bill regarding the decriminalization of marijuana that is before the House right now. With regard to the national drug strategy, I read the press release from the CMA that it was underfunded by 50 per cent but that generally it was satisfactory. What is your opinion on the decriminalization of marijuana bill and the national drug strategy presented by the Minister of Health?

**Dr. Marsh:** It is fortuitous that I am here this week.

**The Chairman:** You may think it is unfortunate.

**Dr. Marsh:** The Centre for Addiction and Mental Health does have an official centre position on the issue of cannabis regulation. The centre's position is in favour of decriminalization, with the clear statement that changes in cannabis control policy should be in the context of an overall health strategy and that changes should be made gradually and monitored carefully. From the organization's perspective, we support the bill. We are also glad to see the national drug strategy.

**Mme Synyshyn:** Du Manitoba.

Nous avons, en 1994, un hôpital qui était en mesure d'accueillir 25 adolescents. Tous les lits étaient occupés. Nous avons eu, cette année-là, l'occasion de fournir des services communautaires non assurés par les médecins. Il y avait une équipe multidisciplinaire qui travaillait au sein de la collectivité. Depuis 1994, nous avons fermé huit lits. Nous nous attendons à qu'il y ait d'autres fermetures. Le fait est que ces lits ne sont pas utilisés. Une fois que vous êtes en mesure d'offrir des services au sein d'une collectivité, des services multidisciplinaires où les gens peuvent consulter des spécialistes avant que leur état ne se détériore et qu'ils ne se retrouvent à l'urgence, les besoins diminuent. C'est un fait. Je l'ai vécu. Je sais ce qui arrive.

En fait, nous devons souvent déployer beaucoup d'efforts pour que la collectivité ait accès à de tels services. C'est là qu'ils doivent être offerts. Il faut adopter une approche multidisciplinaire. Les gens n'ont pas tous besoin des mêmes services.

**Le Dr Addington:** De nombreux services sont présentement offerts au sein des collectivités. Ils s'adressent à des groupes bien ciblés qui ont des besoins particuliers qui peuvent être mesurés et évalués. Il existe beaucoup de données fiables qui indiquent que ces programmes sont efficaces. Il n'est pas nécessaire d'entreprendre d'autres études pour mettre sur pied un régime de santé mentale pratique et cohérent. En fait, le Royaume-Uni et l'Australie ont déjà pris des démarches en ce sens. Le Bureau du Surgeon General, lui, a fait des recommandations intéressantes, mais ils n'ont pas de système de santé structuré.

**Le sénateur Morin:** Vous avez raison, docteur Marsh. Nous avons besoin d'un système de reddition de comptes et de mesure de rendement. Les lacunes à ce chapitre sont probablement plus importantes que celles que l'on observe dans d'autres types de maladies ou domaines de spécialisation.

J'aimerais savoir ce que vous pensez du projet de loi sur la décriminalisation de la marijuana dont la Chambre est actuellement saisie. Pour ce qui est de la stratégie canadienne antidrogue, j'ai lu le communiqué de l'AMC disant que la stratégie, bien qu'elle soit de manière générale satisfaisante, ne reçoit que la moitié des fonds dont elle a besoin. Que pensez-vous du projet de loi sur la décriminalisation de la marijuana et de la stratégie canadienne antidrogue, proposée par le ministre de la Santé?

**Le Dr Marsh:** Vous avez de la chance que je sois ici cette semaine.

**Le président:** Vous allez peut-être changer d'avis.

**Le Dr Marsh:** Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a adopté une position officielle sur la question de la réglementation du cannabis. Il est en faveur du projet de décriminalisation, et il juge que tout changement apporté à la réglementation du cannabis doit s'inscrire dans le contexte d'une stratégie de santé globale. Les changements doivent être apportés graduellement, et suivis de près. Nous appuyons le projet de loi. Nous sommes également satisfaits de la stratégie canadienne antidrogue.

In terms of how the funding is allocated and the amount of funding within the national drug strategy, I have not seen in public releases the detailed distribution of the \$245 million. We are assuming that it is new dollars, as opposed to currently allocated dollars. We certainly welcome any significant increase.

The positive part of the new national drug strategy is that it puts in place a system of monitoring and biennial reports to Parliament so that there will be repeated opportunities to evaluate the effect of changes and for the Canadian public to speak in favour of ongoing support for these changes.

**Senator Morin:** If in the future you should, Dr. Marsh, have suggestions, changes or additions to the plan, we would appreciate hearing them. I know it is possibly too early for you to have made a good study of it, but we would be very interested. For us, the plan is already there. We cannot reinvent the wheel every time, but we would welcome your views pertaining to any additions or corrections to the plan.

**Senator Robertson:** In our previous study, whenever we had a group before us we heard much about the lack of people in the health professions. I have not heard anything about that issue from the witnesses this morning. It sounds to me as if Manitoba is doing reasonably well in some areas.

We have heard about some of the gaping holes that exist in the delivery of mental health. Could you tell me about the availability of mental health workers — from psychiatrists to psychologists to nurses and everyone else who is involved? What is the ratio that you would like to have for your population? How much has to be done in bringing the number up?

That ties in with another question. We have been advised that there is such a lack of mental health services in Canada for residents in long-term care facilities that we are accused of warehousing, and that 80 per cent to 90 per cent have mental disorders of one form or another. We are very obviously not doing very much for those people.

Perhaps we can consider the medical ethics or the lack thereof. If you look at the warehousing of senior citizens without consideration to caring for them properly, what is our responsibility? We are failing. If this is true, is it because we do not have enough resources? Is it because the profession does not care and chooses not to work in these facilities? I would like your comments on these matters, please.

**Dr. Addington:** I specifically did not mention the issue of numbers and training because of the focus of the questions we were asked. However, you are correct. This is a major issue across all of the mental health professions. I am more familiar with psychiatry, because that is my profession and I am responsible for training and developing a local workforce plan.

Pour ce qui est de la répartition des fonds affectés à la stratégie, les communiqués qui ont été émis ne font pas état de la façon dont les 245 millions de dollars ont été répartis. Nous partons du principe qu'il s'agit d'argent neuf, non pas de fonds déjà alloués. À cet égard, toute augmentation importante du financement serait bien accueillie.

La nouvelle stratégie canadienne antidrogue a ceci d'avantageux qu'elle prône la mise en place d'un système de surveillance et la présentation de rapports bisannuels au Parlement. Nous aurons ainsi plusieurs occasions d'évaluer l'impact des changements qui sont apportés. Les Canadiens, eux, auront la possibilité de manifester leur appui à la stratégie.

**Le sénateur Morin:** Docteur Marsh, si vous avez des suggestions à faire, des changements ou des ajouts à proposer, n'hésitez pas à nous en faire part. Il est peut-être encore trop tôt pour procéder à une analyse détaillée du plan d'action, mais nous aimerions savoir ce que vous en pensez. Ce plan existe déjà. Nous ne pouvons pas constamment réinventer la roue. Toutefois, nous aimerions savoir quels ajouts ou modifications il y aurait lieu d'y apporter.

**Le sénateur Robertson:** Les témoins que nous avons rencontrés dans le cadre de l'étude qui a précédé celle-ci ont souvent parlé de la pénurie de main-d'oeuvre qui existait dans le domaine des soins de santé. Personne n'a abordé la question ce matin. J'ai l'impression que la Manitoba se débrouille assez bien dans certains domaines.

Nous avons entendu parler des lacunes qui existent au chapitre de la prestation des soins de santé mentale. Qu'en est-il de la disponibilité des travailleurs en santé mentale — les psychiatres, les psychologues, les infirmières, ainsi de suite? Quel est le ratio travailleur/patient que vous aimeriez voir? Que doit-on faire pour l'augmenter?

Par ailleurs, on nous a dit que les services de santé mentale offerts aux patients d'établissements de soins longue durée laissent beaucoup à désirer. On nous accuse de parquer ces personnes dans des établissements et de les oublier. Il semblerait qu'entre 80 et 90 p. 100 d'entre elles souffrent de troubles mentaux divers. Manifestement, nous ne faisons pas beaucoup pour ces personnes.

Il faudrait peut-être voir quels sont les principes de déontologie qu'applique le milieu médical, ou s'il existe des lacunes de côté-là. Quand nous parquons les personnes âgées dans des établissements et que nous les privons de soins adéquats, nous manquons à nos responsabilités. Est-ce parce que nous n'avons pas suffisamment de ressources? Parce que les professionnels de la santé font preuve d'indifférence et choisissent de ne pas travailler dans ces établissements? J'aimerais avoir votre opinion là-dessus.

**Le Dr Addington:** Je n'ai pas parlé des effectifs et de la formation, parce que les questions qu'on nous a posées ne portaient pas là-dessus. Toutefois, vous avez raison. Il s'agit là d'un problème majeur qui touche le milieu de la santé mentale dans son ensemble. Je connais davantage la psychiatrie, parce que c'est mon domaine de travail. Je suis responsable de la formation des travailleurs et de l'établissement d'un plan de main-d'oeuvre local.



With regard to the attendants for long-term care facilities for senior people, we have a few people locally who do that. They work most effectively with teams of individuals. Psychiatry is very much focused on working with teams. There is a role for the individual expertise of particular professional groups.

We provide a few people who provide consultations. We do need more training positions nationally. There is a position paper from the Canadian Psychiatric Association that specifically addresses that point.

**Senator Robertson:** How many more?

**Dr. Addington:** We are looking at a doubling of the number of psychiatrists.

**Senator Robertson:** Is this true in psychology as well?

**Mr. McIlwraith:** I think so. I would like to make a correction if I gave the mistaken impression that we are heavily staffed in Manitoba. Perhaps I could say we are doing good but we are not doing well.

The Winnipeg Regional Health Authority has about 30 EFT psychologists. That is it. Although we have had the opportunity to do some interesting things, we are probably at half the national average for urban areas in terms of the number of psychologists in practise in the City of Winnipeg. The national average is substantially better than that.

As far as seniors are concerned, there is a significant gap in training programs. There are not many people coming out of psychology graduate programs who are trained to work with seniors in mental health or physical health rehabilitation areas.

**Senator Robertson:** Why is that so? Is that because it is not glamorous?

**The Chairman:** There will be a lot of us in the next little while. We would like some of you to be around.

**Mr. McIlwraith:** You would think that smart people would be able to project that and we would be training more of them.

We are adding positions. We currently have advertisements out for psychologists to work both in communities and institutions with seniors. There must be more people working before you can bring people in and train them in those settings. I do not have a good answer for that.

**Senator Robertson:** Could you say that again?

**Mr. McIlwraith:** More people need to be working in the community and with seniors in order to provide the training for the next generation of trainees coming along. I do not have a good explanation for why that area has been ignored.

Pour ce qui est des établissements de soins longue durée pour les personnes âgées, nous avons quelques personnes à l'échelle locale qui travaillent dans ce domaine. Elles font du travail d'équipe, ce qui est très important dans le domaine de la psychiatrie. On compte beaucoup sur l'expertise de groupes professionnels particuliers.

Nous avons quelques personnes qui s'occupent de la consultation. Nous devons former un plus grand nombre de travailleurs à l'échelle nationale. L'Association des psychiatres du Canada a préparé un exposé de principe qui aborde ce point précis.

**Le sénateur Robertson:** Combien de travailleurs voulez-vous former?

**M. Addington:** Nous voulons doubler le nombre de psychiatres.

**Le sénateur Robertson:** Est-ce que cela vaut aussi pour les psychologues?

**M. McIlwraith:** Je le pense. Je vous ai peut-être donné l'impression que nous avons déjà beaucoup de personnel au Manitoba, mais ce n'est pas le cas. Nous nous tirons assez bien d'affaire, mais il faut faire encore plus à ce chapitre.

L'Office régional de la santé de Winnipeg compte environ 30 psychologues ETP. C'est tout. Nous avons eu l'occasion de faire des choses intéressantes. Toutefois, dans le cas de Winnipeg, ce chiffre correspond probablement à la moitié de la moyenne nationale qui s'applique aux centres urbains. La moyenne nationale est beaucoup plus élevée.

En ce qui a trait aux personnes âgées, il existe des lacunes importantes au niveau des programmes de formation. Il n'y a pas beaucoup de diplômés en psychologie qui sont en mesure de travailler avec des personnes âgées qui souffrent de problèmes de santé physique ou mentale.

**Le sénateur Robertson:** Pourquoi? Est-ce parce que le travail n'est pas tellement valorisant?

**Le président:** Nous allons être nombreux à nous trouver dans cette situation très bientôt. Nous aimerions bien pouvoir compter sur votre aide.

**M. McIlwraith:** On penserait que les gens intelligents seraient en mesure de faire des prévisions et qu'on formerait un plus grand nombre de personnes.

Nous créons des postes. Nous avons publié des annonces en vue de recruter des psychologues dans les collectivités et dans les établissements qui fournissent des soins aux personnes âgées. Nous devons avoir plus de travailleurs avant de pouvoir en former d'autres. Je n'ai pas de réponse satisfaisante à vous donner.

**Le sénateur Robertson:** Pouvez-vous répéter ce que vous venez de dire?

**M. McIlwraith:** Il nous faut plus de gens qui travaillent au sein des collectivités et auprès des personnes âgées pour pouvoir former la prochaine génération de stagiaires. Je ne sais pas pourquoi ce domaine a été négligé.

**Ms. Synyshyn:** There is a split between mind and body. I do not know that the mental health component of anything that goes on is considered. Often it seems to be split off from physical concerns and that kind of thing.

Perhaps we are getting to the point where we will be able to talk about those things from a more holistic approach. We can thank our Aboriginal community for starting to point out some of these things. Perhaps we can look to other cultures to start talking about the idea that there are all different aspects of things that go on with us — not only physical things.

Psychogeriatrics, by the way, is a growth industry. If anyone wants to go into it, think about it.

From my perspective — and I am not a physician or a psychologist — but frequently, there seems to be a split between service delivery and academia. I am sure anyone with a professional background will understand that often universities or education institutions prepare people in a certain way. Yet, in the field, there is not a good fit between the academic world and service delivery issues. You are not always responding to the need. It is not a terrible thing, but I think some of that goes on. People are not necessarily prepared to go into certain areas, or it is not seen as particularly glamorous as in the case of geriatrics.

There is also a great need in neuro-developmental medicine, working with kids who have autism and different things. A lot of it is starting to appear on the radar, but there are large areas of under-served populations within mental health. Mental health itself is under-served, but many of these things have an impact on that.

**Senator Morin:** You referred to the number of psychologists being low in Manitoba, Mr. McIlwraith. What is the situation throughout Canada?

**Mr. McIlwraith:** The Canadian Psychological Association has done a report. I can certainly send you a report using Statistics Canada definitions of rural and urban communities. I quoted some figures on that. With respect to national distribution, I know that the largest proportion of psychologists per capita is in the Province of Quebec. That is the richest province in terms of psychological service availability.

As you move into the smaller provinces and into the North, the ratio is much smaller on a per capita basis. I do not have those figures from memory, but I could send the committee a copy of that report.

**Senator Morin:** Do we need more, generally? For example, we need to double the number of psychiatrists. We know that. Do we need to double the number of psychologists in the country?

**Mme Synyshyn:** On fait une distinction entre l'esprit et le corps. Je ne pense pas qu'on attache beaucoup d'importance à l'aspect santé mentale. Souvent, on dissocie la santé mentale des problèmes physiques.

Or, nous sommes peut-être prêts à adopter une approche plus holistique à l'égard de ces questions. Nous pouvons, à cet égard, remercier les Autochtones. Nous pouvons peut-être aussi nous inspirer des autres cultures et commencer à prendre conscience du fait que l'aspect physique n'est qu'un facteur parmi d'autres.

En passant, la psychogériatrie est une industrie en pleine croissance. C'est un domaine qui pourrait intéresser certaines personnes.

Selon mon point de vue — et je ne suis ni médecin, ni psychologue — souvent, il semble y avoir une scission entre la prestation de service et les universités. Je suis sûr que quiconque a une formation professionnelle comprendra que, souvent, les universités ou les établissements d'enseignement préparent les gens d'une certaine façon. Pourtant, dans le domaine, il n'y a pas vraiment d'harmonie entre le monde universitaire et les enjeux de la prestation de service. Vous ne répondez pas toujours aux besoins. Ce n'est pas très grave, mais je pense que c'est un peu ce qui se passe. Les gens ne sont pas nécessairement prêts à aller dans certains domaines, ou ceux-là ne sont pas perçus comme étant aussi prestigieux, comme la gériatrie.

Il y a aussi un grand besoin en neurologie du développement, pour travailler avec des enfants autistiques ou qui ont d'autres troubles. Il y a beaucoup de ces choses qu'on commence seulement à apercevoir sur l'écran du radar, mais il y a de vastes poches de population qui manquent de services dans le domaine de la santé mentale. La santé mentale, elle-même, manque de services, mais beaucoup de ces choses ont une incidence là-dessus.

**Le sénateur Morin:** Vous avez parlé du manque de psychologues au Manitoba, monsieur McIlwraith. Est-ce que c'est pareil partout au Canada?

**M. McIlwraith:** La Société canadienne de psychologie a rédigé un rapport. Je peux certainement vous envoyer un rapport qui est fondé sur les définitions de Statistique Canada des communautés rurales et urbaines. J'ai cité quelques chiffres de ce rapport. En ce qui concerne la répartition nationale, je sais que la plus grande proportion de psychologues par habitant est au Québec. C'est la province la plus riche au plan de l'accessibilité des services psychologiques.

Par contre, dans les plus petites provinces et au Nord, la proportion par habitant est beaucoup plus faible. Je n'ai pas ces chiffres en mémoire, mais je pourrais transmettre au comité une copie de ce rapport.

**Le sénateur Morin:** Est-ce qu'il nous en faudrait plus, de façon générale? Par exemple, il nous faut doubler le nombre de psychiatres. Nous le savons. Est-ce qu'il faudrait aussi doubler le nombre de psychologues dans le pays?



**Mr. McIlwraith:** The question has to be this: If you need more, what do you need them for? We have to identify what the tasks are. I have certainly said that there are a number of areas. Certainly, we do need more science-based psychotherapies in mental health. We need more access.

The point is, again, that there are more psychologists in a province than people in the public system can access. There is a barrier to their getting that service. Therefore, even though we are producing more psychologists, we are losing them out the other door into private practice because of the problems I mentioned.

**Senator Fairbairn:** Your presentations here today justify the decision of this committee to pull the mental health issue away from our major report. In itself it is huge and, obviously, undervalued.

We had some great witnesses yesterday. We heard a significant amount about stigma. When I look at what you have said today and the general inability within the health care community to focus on this. In our technological day and age, it is not rocket science to know that everyone is under tremendous and increasing pressure and stress. That obviously has to come out somewhere. It would be in the mental and emotional stability of a great chunk of our population.

Yet, from everything we are hearing, this is the part of health care that just has to fight every inch of the way to be recognized, promoted and accepted.

Historically, how much of this is stigma within the medical profession itself or within the scope of, for instance, young people that you would hope would be wishing to come in in greater numbers?

**Ms. Synyshyn:** All you have to do is look at the history of mental illness. People who were mentally ill years ago were kept in institutions outside the cities, put away. You did not want to see it.

You have to look at the development. There is a parallel, in some ways, with the professionals who have worked in that setting. Not only do our clients and patients feel stigmatized, in fact, but also many people who work in the area of mental health are kind of feeling behind the eight ball to begin with.

Mental illness is not a sexy topic of conversation. It is much better to talk about cancer and other things. It is a very emotional subject. It is difficult for people to talk about and acknowledge, because it is frightening. That is part of it. Historically, it has been treated as being "out there."

There may be some hope to be had as well. CMHA, CAMIMH and many other advocacy groups are finally bringing it to the fore. If it were not for the advocacy groups, we still would not hear as much about it as we should.

**M. McIlwraith:** La question qui se pose est la suivante: S'il en faut plus, pour quoi en avons-nous besoin? Il nous faut définir les tâches. J'ai sûrement déjà dit qu'il y a plusieurs domaines. Il est certain qu'il nous faut plus de psychothérapies fondées sur la science en santé mentale. Il nous faut plus d'accès.

Le fait est, je le répète, qu'il y a plus de psychologues dans une province que le nombre auquel le système public permet d'accéder. Il y a un obstacle à l'obtention de ce service. Par conséquent, même si nous formions plus de psychologues, nous les perdriions au profit des pratiques privées, à cause des problèmes dont j'ai parlé.

**Le sénateur Fairbairn:** Votre présentation, ici, aujourd'hui, justifie la décision qu'a pris le comité de soustraire la question de la santé mentale à notre rapport principal. C'est, en soi, un enjeu énorme et, de toute évidence, sous-estimé.

Nous avons entendu d'excellents témoignages hier. Nous avons beaucoup entendu parler de préjugés. Quand je reviens sur ce que vous avez dit aujourd'hui, je constate l'incapacité générale, dans le milieu des soins de santé, de se concentrer là-dessus. À notre époque de technologie de pointe, il n'est pas nécessaire d'être grand clerc pour savoir que tout le monde subit d'énormes pressions, toujours plus grandes, et vit le stress. Cela doit, de toute évidence, se manifester quelque part. Ce serait dans la stabilité mentale et émotionnelle d'une grande partie de notre population.

Pourtant, d'après tout ce que nous entendons, c'est le secteur même de la santé qui doit lutter constamment pour être reconnu, mis de l'avant et accepté.

Jusqu'à présent, dans quelle mesure avez-vous pu constater ces préjugés dans la profession médicale elle-même ou, par exemple, chez les jeunes que vous souhaiteriez voir s'intéresser au domaine en plus grand nombre?

**Mme Synyshyn:** Il suffit de regarder l'histoire de la maladie mentale. Les gens qui souffraient de troubles mentaux, il y a des années, étaient gardés dans des établissements hors des villes, mis à l'écart. On ne voulait pas les voir.

Il faut voir les progrès. Il y a une espèce de parallèle avec les professionnels qui ont travaillé dans ce milieu. Non seulement nos clients et patients se sentent-ils la cible de préjugés mais, en fait, bon nombre des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale se sentent quelque peu à part des autres, pour commencer.

La maladie mentale n'est pas un sujet de conversation très séduisant. C'est bien mieux de parler du cancer ou d'autres choses. C'est un sujet très émotif. Il est difficile pour les gens d'en parler et de la reconnaître, parce que c'est effrayant. C'est un facteur. Jusqu'ici, elle a été traitée comme quelque chose qui existe «quelque part».

Peut-être y a-t-il quelque espoir, aussi. L'ACSM, le CAMIMH et bien d'autres groupes de défense arrivent enfin à mettre le sujet plus en évidence. S'il n'y avait pas ces groupes, nous n'en entendrions toujours pas assez parler.

**Mr. McIlwraith:** Stigma may be part of it. Another problem is competition within the health care system, since there are so many things competing for health care dollars. Mental health services have typically not fared well in that competition. Part of it is that maybe these are sort of low-tech services. They do not have much fancy equipment.

**Senator Fairbairn:** The mind is a piece of fancy equipment.

**Mr. McIlwraith:** We do not have big scanners or complicated equipment.

**The Chairman:** You do not have the kind of thing that Senator Keon has at the Ottawa hospital.

**Mr. McIlwraith:** We have pencils and paper, and we talk to people. There are not things you can donate and put a plaque on. The health care system seems to put a lot more emphasis on high-tech equipment and invasive procedures.

We are talking about conditions that often begin in late adolescence or early adulthood. Many of the decisions about health care are made by more vocal, older adults who have conditions that require surgery and invasive, heroic measures.

In the rest of the health care system, we see that governments would often rather buy dialysis machines for every neighbourhood clinic than spend any money on public health care prevention to prevent diabetes that leads people down the road to needing dialysis and all these other complicated invasive things.

Mental health suffers in the competition for resources with the other health care areas because we do not have much flashy equipment or invasive, life-saving procedures that might be required in your 50s and 60s.

**Dr. Marsh:** Stigma is a real issue for people with mental health. It is even more of an issue for people with substance use disorders, especially if they are dependent on illegal drugs. It is difficult to shift the enormous inertia within the health care system. As a society, we are afraid of death and we spend an inordinate amount of our health care dollars on the last few days of people's lives with very expensive, technically involved interventions that do not contribute a significant amount to quality of life. Whereas effective treatments for mental illness applied in late adolescence or early adulthood could lead to a long life of quality and productive contribution to society.

In respect of attracting professionals, we also should not underestimate the degree to which professional schools are still essentially like apprenticeships. One of the strongest factors in determining which sub-specialty medical students choose is which faculty members they admire most during early training years. As long as there is not a body of well recognized and respected

**M. McIlwraith:** Les préjugés pourraient être en cause. Un autre problème, c'est la rivalité au sein du système de santé, puisque trop de secteurs rivalisent pour s'arroger les fonds réservés à la santé. Les services de santé mentale, généralement, ne se débrouillent pas très bien dans cette compétition. C'est peut-être, en partie, parce que ce sont en quelque sorte des services de faible technologie. Il n'y a pas beaucoup de machines sophistiquées.

**Le sénateur Fairbairn:** Le cerveau est une machine sophistiquée.

**M. McIlwraith:** Nous n'avons pas de gros scanners ou d'équipement complexe.

**Le président:** Vous n'avez pas le genre de chose qu'a le sénateur Keon à l'hôpital d'Ottawa.

**M. McIlwraith:** Nous avons des crayons et du papier, et nous parlons aux gens. Ce n'est pas le genre de choses dont on peut faire un don ou sur quoi on peut apposer une plaque. Le système de santé semble porter beaucoup d'intérêt à l'équipement de pointe et aux procédures invasives.

Nous parlons de troubles qui se manifestent, souvent, à la fin de l'adolescence ou au début de la vie adulte. Bon nombre des décisions en matière de santé sont prises par des adultes plus prolixes et plus âgés qui souffrent de problèmes qui exigent l'intervention chirurgicale et des mesures invasives et héroïques.

Dans le reste du système de santé, nous voyons que les gouvernements préfèrent souvent acheter de l'équipement de dialyse pour toutes les cliniques de quartier plutôt que de dépenser plus sur la prévention en santé, pour prévenir le diabète qui fait que les gens, au bout du compte, finissent par avoir besoin de dialyse et de toutes ces procédures invasives complexes.

La santé mentale est désavantagée dans la compétition pour les ressources avec les autres domaines de la santé, parce que nous n'avons pas tellement d'équipement tape à l'oeil ou de procédures invasives nécessaires à la survie dont on pourrait avoir besoin à 50 ou 60 ans.

**Le Dr Marsh:** Les préjugés sont un problème réel pour les gens qui ont des troubles mentaux. C'est encore plus un problème pour les toxicomanes, particulièrement s'ils sont accrochés à des drogues illicites. Il y a une force d'inertie phénoménale dans le système de santé. En tant que société, la mort nous fait peur et nous consacrons une part anormalement élevée de notre budget de santé aux derniers jours de la vie des gens, avec des interventions très coûteuses et technologiques qui ne font que peu pour améliorer la qualité de vie. Tandis que des traitements efficaces de la maladie mentale appliqués à la fin de l'adolescence ou au début de la vie d'adulte pourraient favoriser une longue vie de qualité et une contribution productive à la société.

En ce qui concerne l'attraction de professionnels, nous ne devrions pas, non plus, sous-estimer la mesure dans laquelle les écoles professionnelles ne sont encore qu'une sorte d'apprentissage. L'un des facteurs les plus déterminants dans le choix de sous-spécialité des étudiants est encore les professeurs qu'ils ont le plus admiré pendant leurs premières années de



leading academics who work with older adults, or in psychiatry or in treating addiction, it is difficult to attract new graduates into those areas.

**Senator Fairbairn:** Anybody in this room would agree that all you have to do is go home at night and the phone calls start coming in asking to support this, that or another cause. I was astounded by the comment that there is virtually no non-governmental funding for research in mental disorders. This eliminates an important level of research support for developing researchers.

Why is no one prepared to step forward and take on an issue that is probably starting to formulate by the time a child gets to grade one? I would think this is not only a heroic and noble, but also a tremendous investment to make in our population and its future.

**Dr. Addington:** I agree with you. The practical reality is that in regard to national level mental health funding, the Canadian Psychiatric Research Foundation recently did a tour across Canada trying to raise funds. However, that has been the only organization to do so. I work with them, have reviewed for them and have a lot of respect for them. They do not give much money out. Students know that, too. They support a few junior investigators each year.

It is completely different for the Kidney Foundation, the Heart and Stroke Foundation, or organizations for cystic fibrosis or children's health research. Those groups raise millions of dollars. That does not exist for us.

The competition for federal funds is intense and difficult. When you are starting up, you need some more local funds. It is sort of like a league system, really. Smaller grants are given to have research on more focused questions and simpler methodologies. This is a societal issue.

There is a general lack of knowledge of the benefit and need for research in these disorders. People are pessimistic about that, but the reality is that the research is being done, and it does show great benefits. The Canadian Institutes of Health Research are now broadening the kinds of research that they will support. It tended to be biomedical in the past; now it is basic, clinical and health services research, which looks at how effective they are. Then there is the social or population-based research that looks at whole populations, policy and so forth.

**Senator Morin:** What prevents the Canadian Mental Health Association from doing that?

As you said, it is not easy. You have to go door to door and organize events and find volunteers. However, there are so many volunteer organizations. This is a typical Canadian success story.

formation. Tant qu'il n'y aura pas un corps professoral dirigeant, reconnu et respecté, qui travaille avec des adultes plus âgés, ou encore en psychiatrie ou dans le traitement des toxicomanies, il sera difficile d'attirer de nouveaux diplômés dans ces domaines.

**Le sénateur Fairbairn:** N'importe qui, dans cette pièce, dirait qu'il suffit qu'on arrive chez soi, le soir, pour que le téléphone se mette à sonner et que des gens nous demandent d'appuyer ceci, cela ou toute autre cause. J'ai été sidérée d'apprendre qu'il n'y a quasiment pas de financement non gouvernemental pour la recherche sur les troubles mentaux. Ceci enlève un niveau important de soutien de la recherche, pour les chercheurs en formation.

Pourquoi n'y a-t-il personne pour prendre en charge un problème qui commence probablement à se développer au moment où un enfant entre en première année? Il me semble que ce n'est pas seulement héroïque et noble, mais aussi un investissement phénoménal à faire dans notre population et son avenir.

**Le Dr Addington:** Je suis d'accord avec vous. La réalité, c'est qu'en fait de financement de la santé mentale au niveau national, la Canadian Psychiatric Research Foundation a fait, il n'y a pas longtemps, une tournée dans tout le Canada pour essayer de recueillir des fonds. Cependant, c'est la seule organisation à avoir fait quelque chose du genre. Je travaille avec elle, j'ai fait des examens pour elle et je lui voue beaucoup de respect. Ils ne donnent pas beaucoup d'argent. Les étudiants le savent, aussi. Ils fournissent un soutien à quelques enquêteurs débutants chaque année.

C'est tout à fait différent pour la Fondation du rein, la Fondation des maladies du cœur, ou des organisations pour la recherche sur la fibrose kystique ou la santé des enfants. Ces groupes-là reçoivent des millions de dollars. Pas nous.

La compétition, pour les fonds fédéraux, est intense et difficile. Lorsqu'on commence, on a besoin de plus de financement local. C'est un peu comme un système de ligue, en fait. Les plus petites subventions sont versées pour faire de la recherche sur des questions plus pointues et des méthodologies plus simples. C'est un enjeu social.

On en sait peu, de façon générale, sur les avantages et la nécessité d'effectuer des recherches sur ces troubles. Les gens sont pessimistes à ce sujet, mais la réalité, c'est que de la recherche se fait, et qu'elle est très profitable. Les Instituts canadiens pour la recherche en santé élargissent maintenant la gamme des sujets de recherche qu'ils vont appuyer. C'était plutôt dans le domaine biomédical auparavant; maintenant, c'est la recherche sur les services de base, cliniques et en santé, une recherche axée sur leur degré d'efficacité. Ensuite, il y a la recherche sociale ou dans la population, qui jette un regard sur des populations entières, des politiques, et cetera.

**Le sénateur Morin:** Qu'est-ce qui empêche l'Association canadienne pour la santé mentale de le faire?

Comme vous l'avez dit, ce n'est pas facile. Il faut faire du porte-à-porte, organiser des activités, et trouver des bénévoles. Mais il y a tellement d'organisations de bénévoles. C'est l'un des

In other countries, you do not have these health organizations raising money for research, as they do in Canada. You do not have that in the U.S.

What prevents the Canadian Mental Health Association from doing that? I realize it is not easy. If someone from the Canadian Mental Health Association rang at my door, I would give money. However, they do not come.

**Dr. Addington:** You need to ask the support organizations those questions.

**The Chairman:** We will certainly do that when they appear.

**Ms. Synyshyn:** I wanted to say, "Write a cheque before you leave."

**Senator Fairbairn:** Clearly, at a time when so many things in health care are exciting, rocketing all over the media and around the world, this area needs one much more communication effort in a targeted way.

I do believe that if people in their homes and in their communities understood better, they would fork out the money. Mental health should not be explained in hushed tones. There is not a community in Canada that does not have people with mental health issues living within it. We always hear about Australia and New Zealand. Why do we not hear information about Canada? We are supposed to have a social conscience.

**Senator Keon:** Ms. Synyshyn, I congratulate you on the accomplishment of your program. There is something very interesting there. Do you have any idea of the cost effectiveness of the institutionalizing program, and more importantly, of the integrated multidisciplinary program that allowed you to do this? Did you experience cost containment or did your costs escalate as you moved into the community?

**Ms. Synyshyn:** Our costs decreased. We actually moved money from the hospital-based services into the community-based services. A community-based service is always cheaper to run than a 24-7 operation. We have been able to save enough money so that when we started out in 1994 with eight community-based clinicians we have, now in 2003, 18 of them. We have closed hospital-based, very costly services and doubled our ability to provide community-based services. That is using it as a human resource; we support our human resources that way.

We have received increased funding for our community-based services because of the efficacy of them in terms of where the service is provided. We have been able to prove that the kids who normally would have ended up in those beds have been able to stay in the community because we started at a younger age, identified them earlier. We have intervened in a more aggressive fashion. We have maintained kids out in the community as opposed to bringing them into a costly 24-7 operation.

grands points forts du Canada. Dans d'autres pays, il n'y a pas ces organisations pour la santé qui recueillent de l'argent pour la recherche, comme au Canada. Il n'y en a pas aux États-Unis.

Qu'est-ce qui empêche l'Association canadienne pour la santé mentale de le faire? Je comprends que ce ne soit pas facile, mais si quelqu'un de l'Association canadienne pour la santé mentale sonnait à ma porte, je donnerais de l'argent. Pourtant, personne ne vient.

**Le Dr Addington:** Il faudrait poser ces questions aux organisations de soutien.

**Le président:** Nous n'y manquerons pas quand elles témoigneront.

**Mme Synyshyn:** J'étais tentée de dire: «Faites-nous un chèque avant de partir.»

**Le sénateur Fairbairn:** Il est clair qu'à une époque où tant de choses, dans le domaine de la santé, vont bon train et font une ascension météorique dans tous les médias et le monde entier, ce domaine a besoin d'un effort de communication plus ciblé.

Je crois vraiment que si les gens, chez eux et dans leurs communautés, comprenaient mieux l'enjeu, ils donneraient l'argent. La santé mentale ne devrait pas être expliquée en chuchotant. Il n'y a pas une collectivité, au Canada, qui n'ait pas de membres vivant avec des troubles mentaux. Nous entendons toujours parler de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Pourquoi n'est-il pas question du Canada? Nous sommes censés avoir une conscience sociale.

**Le sénateur Keon:** Madame Synyshyn, je vous félicite pour les réalisations de votre programme. Il y a là quelque chose de très intéressant. Avez-vous une idée de l'efficacité, par rapport au coût, du programme d'institutionnalisation et, plus important encore, du programme multidisciplinaire intégré qui vous a permis de faire ceci? Est-ce que vous avez pu endiguer les coûts, ou sont-ils montés en flèche quand vous intégriez la collectivité?

**Mme Synyshyn:** Nos coûts ont baissé. En fait, nous avons déplacé une part du budget des services en institution au profit des services dans la collectivité. Un service dans la collectivité est toujours moins coûteux qu'une exploitation 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Nous avons pu épargner assez d'argent que, lorsque nous avons commencé en 1994, nous avions huit cliniciens dans la collectivité et ils sont maintenant, en 2003, dix-huit. Nous avons fermé des services très coûteux dans les hôpitaux et doublé notre capacité de fournir des services dans la collectivité. Nous en faisons une ressource humaine; c'est ainsi que nous soutenons nos ressources humaines.

Nous avons reçu de plus en plus de fonds pour nos services dans la collectivité, parce ce qu'ils sont tellement efficaces où ils sont fournis. Nous avons pu prouver que les enfants qui, normalement, auraient fini par occuper ces lits ont pu rester dans la collectivité parce que nous nous en sommes occupés dès leur petite enfance, nous les avons repérés plus tôt. Nous sommes intervenus de façon plus agressive. Nous avons gardé les enfants dans la collectivité plutôt que de les intégrer à un établissement coûteux 24 heures sur 24, sept jours sur sept.



**Senator Keon:** Could you supply us with some hard information on that?

**Ms. Synyshyn:** I certainly will do that. I must make the point that that is my day job. I will be sure to give that information to the committee.

**Senator Robertson:** As a supplementary comment, in my province of New Brunswick, a big problem in getting the mental health workers attached to our extramural hospital is the lack of trained people. We do that as much as possible.

**The Chairman:** That is why you asked the human resource question.

**Senator Robertson:** That is right.

**Senator Keon:** Dr. McIlwraith, you made a very interesting comment about telehealth that I have never heard made before. I have quite a lot of experience with telehealth myself. The hypothesis of our programs was that you could exploit telehealth to use less skilled health professionals to deliver the service satisfactorily.

You seem to make the point that this should probably not be done in mental health and that you should have the expert living body beside the patient. This is different from our experience in this area.

**Dr. McIlwraith:** In part, mental health is different from physical health. Someone can have a look at an X-ray sent to a tertiary care centre by telehealth. That does not usually require the same relationship with the patient that a mental health assessment, let alone mental health therapy, requires.

We all love technology and we tend to see it as the solution to everything. However, technology is the solution to some things and not to others. Mental health is different from physical health. I made the additional point that having professionals living in the community has other helpful benefits in terms of their involvement in other areas of their profession in the community such as planning, health research and health promotion — more than simply treating a symptom in the symptomatic patient.

The other point that I would like to make about the telehealth is that the medium changes the nature of the interaction. In some areas, it does not matter much while in other areas it would matter quite a lot. It is true that you cannot have a full range of specialists in every northern community but having access to those specialists helps the generalists to not burn out. If you are a generalist, front-line psychologist, psychiatrist or physician, you have to know a little about many things. One of the most important things to know is when to consult with someone with greater specialized knowledge. Being able to spread the benefits of having those specialists in tertiary centres and making them available to support the person in a rural community is the

**Le sénateur Keon:** Est-ce que vous pourriez nous fournir des données concrètes là-dessus?

**Mme Synyshyn:** Je le ferai sans faute. Je dois préciser que c'est ce que je fais dans mon travail. Je veillerai à transmettre l'information au comité.

**Le sénateur Robertson:** J'ajouterai un commentaire. Dans ma province, au Nouveau-Brunswick, l'un des grands problèmes, pour avoir des travailleurs de la santé qui soient rattachés à notre hôpital extramural, c'est le manque de gens dûment formés. Nous le faisons autant que possible.

**Le président:** C'est pourquoi vous avez posé la question sur les ressources humaines.

**Le sénateur Robertson:** Exactement.

**Le sénateur Keon:** Docteur McIlwraith, vous avez fait un commentaire très intéressant sur la télésanté, que je n'avais jamais encore entendu. J'ai, moi-même, beaucoup d'expérience en télésanté. Nos programmes sont fondés sur l'hypothèse qu'on peut exploiter la télésanté pour avoir besoin de moins de professionnels de la santé compétents pour fournir les services de façon satisfaisante.

Vous semblez dire que ce ne devrait probablement pas être fait en santé mentale, et qu'il faudrait y avoir un expert en chair et en os au chevet du patient. C'est différent de l'expérience que nous avons dans le domaine.

**Le Dr McIlwraith:** En un sens, la santé mentale est différente de la santé physique. Quelqu'un peut regarder une radiographie expédiée à un centre de soins tertiaires par télésanté. Cela ne nécessite pas généralement la même relation avec un patient qu'il faut pour une évaluation de la santé mentale, et encore moins pour un traitement en santé mentale.

Nous sommes tous férus de technologie, et nous avons tendance à y voir une panacée. Néanmoins, la technologie est la solution à certaines choses, mais pas à d'autres. La santé mentale est autre chose que la santé physique. J'ai dit aussi que le fait que des professionnels soient présents dans la collectivité a d'autres avantages utiles, au plan de leur participation dans d'autres domaines de leur profession dans la collectivité, comme la planification, la recherche en santé et la promotion de la santé — c'est plus que de seulement traiter un symptôme chez le patient symptomatique.

L'autre chose que je voudrais être sûr de faire comprendre, au sujet de la télésanté, c'est que la méthode influe sur la nature de l'interaction. Dans certains domaines, la méthode a peu d'importance, tandis que dans d'autres, elle en a beaucoup. Il est vrai qu'on ne peut avoir toute la gamme de spécialistes dans chaque collectivité du Nord, mais l'accessibilité de ces spécialistes contribue à prévenir l'épuisement des généralistes. Un généraliste, un psychologue de première ligne, un psychiatre ou un médecin, doit avoir un peu de connaissance sur beaucoup de choses. L'une des choses les plus importantes à savoir, c'est quand faire appel à quelqu'un de plus spécialisé. La possibilité de répandre les avantages de la présence de ces spécialistes dans des centres de

tremendous value of telehealth. I would not want to be misunderstood as not being in favour of telehealth.

However, I am concerned when I hear suggestions that we should move radically to provide all services through telehealth and not bother with the messy expensive business of recruiting and retaining professionals in rural communities. We need to support them by consultation to specialists because otherwise they would not have that benefit at all. I do not see telehealth as a substitute for the personal contact. Mental health care is simply different. It is an extreme of that.

**Dr. Marsh:** If you are interested in the issue of telehealth, I would encourage you to try to get some input from the Psychiatric Outreach Program of University of Toronto, which is based at our centre. I am not personally involved with the program, but my understanding is that on some evaluations they have shown that treatment over the Internet can be as effective as person-to-person treatment.

However, I do not think it is a black and white issue — I agree that, where possible, having a professional live in the community would give them different kinds of input and influence. I do not think you should have the impression that remote treatment is impossible for mental health.

**Senator Morin:** Perhaps instead of a real person at the other end you could have a computer.

**Dr. Marsh:** I would like to ask a question to Dr. Addington about a different topic.

**Senator Keon:** To answer Senator Morin's question, in tele-home care, the technology is simply that the patient sits in front of the television set. They do not have anyone with them and it works very well. I suppose it is different in mental health applications than in physical applications such as teaching someone how to bathe their foot or something.

**Dr. Marsh:** you said something very encouraging during your presentation about the outcomes. This is truly encouraging information. I do not think most people are aware of this; I am not aware and yet I am a medical doctor.

I want to push you further. One thing that seems to compound the problem in looking at drug use and abuse, for example, is that young people are institutionalized in the criminal system rather than in the health system. Do you have any data comparing the outcomes of people who have been criminalized as opposed to those who have not?

soins tertiaires et de les rendre accessibles pour appuyer les personnes dans une collectivité rurale est un immense avantage de la télésanté. Je ne voudrais pas être mal compris et qu'on pense que je suis contre la télésanté.

Cependant, je m'inquiète, lorsque j'entends des suggestions voulant que nous agissions radicalement pour fournir tous les services par l'entremise de la télésanté, sans nous préoccuper de la tâche compliquée et coûteuse du recrutement et de la fidélisation des professionnels dans les collectivités rurales. Nous devons leur fournir l'appui de la consultation de spécialistes, parce qu'autrement, ils ne jouiraient pas du tout de cet avantage. Je ne vois pas la télésanté comme pouvant remplacer le contact personnel. La santé mentale, c'est tout simplement différent. C'est une autre extrême.

**Le Dr Marsh:** Si vous vous intéressez à la question de la télésanté, je vous encouragerais à essayer d'obtenir la participation du Psychiatric Outreach Program de l'Université de Toronto, qui a sa base à notre centre. Je ne suis pas personnellement le programme, mais à ce que je comprends, dans le cadre de certaines évaluations, ils ont démontré que le traitement par l'entremise d'Internet peut être tout aussi efficace qu'un traitement en personne.

Cependant, je ne pense pas que ce soit tout noir ou tout blanc — je suis d'accord que, autant que possible, le fait d'avoir les professionnels dans la collectivité même leur permettrait de participer autrement, d'avoir un autre genre d'influence. Je ne pense pas que vous devriez penser que le traitement à distance est impossible, en matière de santé mentale.

**Le sénateur Morin:** Peut-être qu'au lieu d'une personne en chair et en os à l'autre bout, on pourrait avoir un ordinateur.

**Le Dr Marsch:** J'aimerais poser une question au Dr Addington sur un autre sujet.

**Le sénateur Keon:** Pour répondre à la question du sénateur Morin, en télésanté à domicile, la technologie fait simplement que le patient est assis devant son téléviseur. Il n'a personne avec lui, et cela fonctionne très bien. Je suppose que c'est différent pour les applications en santé mentale que pour les applications physiques, comme pour enseigner à un patient à baigner un pied, ou quelque chose du genre.

Docteur Marsch, vous avez dit quelque chose de très encourageant, dans votre présentation, sur les résultats. C'est vraiment très encourageant. Je ne pense pas que la plupart des gens le sachent, je ne le savais pas moi-même, et pourtant, je suis médecin.

Je voudrais aller plus loin. Une chose qui semble aggraver le problème, lorsqu'on pense, par exemple, à la consommation de drogues et à la toxicomanie, par exemple, c'est que des jeunes gens sont institutionnalisés dans le réseau criminel plutôt que dans le réseau de la santé. Avez-vous des données qui comparent les résultats sur des gens qui ont été condamnés à des peines criminelles comparativement à ceux qui ne l'ont pas été?



You all know how difficult it is for someone with a criminal record to get into university — it is impossible. The doors of life are closed to these young people. I would like to hear from you or perhaps from Dr. Addington, or any other witness, if there is comparative data on this.

**The Chairman:** May I add a question to that? Does anyone have data that compares the relative cost of treatment with the cost of incarceration? It must be cheaper to deal with the problem at a younger, earlier age from a preventive standpoint than to pay the price to maintain an individual in a juvenile detention centre or ultimately in a jail. If you have data, I would like to have that.

**Dr. Marsh:** Thank you for your comment on our outcome data. I feel very confident in pushing us more toward databased decisions because of the effective outcomes and strong cost-benefit of treatment for addiction.

The impact of incarceration is a negative prognostic factor in individuals who have substance use disorders. It is difficult to do a comparative study of two people who are otherwise identical except for the incarceration. The issue of incarceration brings me back to the earlier question about the cannabis reform bill. One of the benefits of decriminalization of cannabis is that we would no longer be subjecting mainly young men in their late teens and early 20s with a lifelong criminal record for possession of a small amount of cannabis.

I talked about the centre's position on cannabis reform earlier. My personal opinion was changed by Senator Nolin's report. I would think that there are other benefits to moving more radically toward legalization of cannabis and removing the criminal involvement in production and distribution of cannabis. Decriminalizing possession would not change the fact that the people who grow large amounts and sell it would continue to be criminals. It would remove the government's ability to influence consumption through pricing and taxation, which has been effective for tobacco.

In comparing the costs of incarceration against treatment, for the cost of incarceration of someone for a heroin possession offence for one year, you could treat five people with methadone maintenance. We know that methadone maintenance is more likely to decrease the heroin consumption than incarceration will. Additionally, the Solicitor General announced that part of the national drug strategy was to move toward making methadone maintenance more available for people who are incarcerated in Canada. The *Canadian Medical Association Journal* published a paper last year that looked at mortality and morbidity among people in the federal corrections setting. The single biggest contributor to premature death of people in federal corrections is accidental overdose due to drug use.

Vous savez tous la difficulté que pose, pour quelqu'un qui a un dossier criminel, l'accès à l'université — c'est impossible. Les portes de la vie sont fermées à ces jeunes gens. J'aimerais que vous me disiez, ou peut-être le Dr Addington, ou tout autre témoin, s'il y a des données de comparaison sur le sujet.

**Le président:** Puis-je ajouter une question à cela? Est-ce que quelqu'un a des données qui comparent le coût relatif du traitement à celui de l'incarcération? Ce doit être moins coûteux de traiter le problème plus tôt, de façon précoce, d'un point de vue préventif, que de payer le prix de l'incarcération d'une personne dans un centre de détention juvénile, ou enfin de compte, en prison. Si vous avez ces données, j'aimerais bien les obtenir.

**Le Dr Marsch:** Je vous remercie de votre commentaire sur les données relatives aux résultats. J'ai grande confiance dans la prise de décisions fondées sur les données, en raison des résultats positifs et du grand avantage par rapport aux coûts qu'affiche le traitement des toxicomanies.

L'incidence de l'incarcération est un facteur de pronostic négatif pour les toxicomanes. Il est difficile de faire une étude comparative de deux personnes qui sont à tous les égards identiques, à part en ce qui concerne l'incarcération. Le sujet de l'incarcération m'amène à la question, posée plus tôt, sur le projet de réforme des politiques sur le cannabis. L'un des avantages de la décriminalisation du cannabis est que nous n'allons plus faire subir à des jeunes gens, principalement de la fin de l'adolescence ou du début de la vingtaine, le fardeau d'un dossier criminel à vie pour avoir été en possession de petites quantités de cannabis.

J'ai parlé de la position du centre sur la réforme des politiques relatives au cannabis, plus tôt. J'ai personnellement changé d'avis après le rapport du sénateur Nolin. Je suppose qu'il y aurait d'autres avantages à opter plus radicalement pour la légalisation du cannabis et à supprimer l'élément criminel de la participation à la production et à la distribution du cannabis. La décriminalisation de la possession ne changerait pas le fait que les gens qui cultivent et vendent de grandes quantités de cannabis resteraient des criminels. Elle empêcherait le gouvernement d'influencer la consommation par les prix et les taxes, ce qui a été efficace pour le tabac.

Si on compare les coûts de l'incarcération avec ceux du traitement, pour le coût de l'incarcération pendant un an de quelqu'un trouvé en possession d'héroïne, on pourrait offrir à cinq personnes un traitement d'entretien à la méthadone. Nous savons que l'entretien à la méthadone est plus susceptible de réduire la consommation d'héroïne que ne le pourrait l'incarcération. De plus, le solliciteur général a annoncé qu'une part de la stratégie nationale antidrogue visait à rendre plus accessible le traitement d'entretien à la méthadone pour les détenus au Canada. Le *Journal de l'Association médicale canadienne* a publié un article, l'année dernière, qui faisait un examen de la mortalité et de la morbidité chez les détenus d'établissements correctionnels fédéraux. Le plus gros et unique facteur de contribution au décès prématuré de détenus de prisons fédérales est la surdose accidentelle de drogue.

**Senator Léger:** Dr. Marsh, I loved your made it easier to understand the issues of mental health and the related problems of housing, employment, social benefits and illegal activities. Do all of those departments ask you for information?

The diagram showing the reduction and percentages in Switzerland is unbelievable. I hope those who are studying housing do go into things, because it is powerful.

**Dr. Marsh:** We sometimes have opportunities to make presentations to different governmental and other bodies — some of which are looking at issues around homelessness.

**Senator Léger:** Dr. McIlwraith, you talked about rural and remote areas and how you have the supervisor there and you send the trainee. If I understood correctly, once the trainee has finished, you have another trainee the next day.

Is there a danger that in these areas they feel they are sort of "guinea pigs" all the time? That word is strong, but I have seen that in another field, not health, where they come and train the people and then off they go back to Montreal, once they are well educated.

**Dr. McIlwraith:** I hope that is not the case. These are clinical psychology interns who are at the last stage before receiving their Ph.D.s, so they are fairly skilled to begin with. Certainly, they are also providing service in the teaching hospitals in the city and so on. As we all know, teaching hospitals are run by interns and residents, so many of the people who provide you with care in teaching hospitals in the cities are interns or residents.

Previously, the situation in many of these communities was that if they had any psychology service at all, it was from people who had less training than a psychology intern. However, we clearly try to give the message that we are not seeing students as the solution to the human resource problem in rural areas.

The students are there to learn and to gain experience. The supervisor is still responsible for their cases and the students are there to sample rural practice. Some of them will like it and we hope to hire some of them as we have vacancies. Others will not like it and will go away, having had an interesting six-months' experience in a rural area and maybe learned something new.

I have not had any feedback from the regions indicating that they find it offensive to have trainees. In fact, they are very eager. If we ever have to skip a year without sending a trainee to a particular region, they will ask us, "Are we not getting an intern this year?" They see it as a doubling of service to have the staff person plus an intern.

**Le sénateur Léger:** Docteur Marsch, j'ai apprécié que vous nous ayez aidés à comprendre les enjeux de la santé mentale et les problèmes connexes de l'hébergement, l'emploi, les avantages sociaux et les activités illicites. Est-ce que toutes ces administrations vous fournissent de l'information?

Le diagramme qui illustre la réduction et les pourcentages en Suisse est absolument incroyable. J'espère que ceux qui étudient la question de l'hébergement creusent ces questions, parce que c'est très convaincant.

**Le Dr Marsch:** Nous avons parfois des occasions de faire des présentations à différents organes publics et autres — dont certains s'intéressent aux enjeux entourant l'itinérance.

**Le sénateur Léger:** Docteur McIlwraith, vous avez parlé des régions rurales et éloignées, et du fait que vous y avez un superviseur à qui vous envoyez l'apprenti. Si j'ai bien compris, une fois que l'apprenti a terminé, un autre prend sa place le lendemain.

Y a-t-il un risque que, dans ces régions, les gens ont un peu l'impression d'être tout le temps des «cobayes»? Le mot est fort, mais j'ai vu que c'est arrivé dans un autre domaine, pas celui de la santé, où on forme des gens, qui retournent à Montréal dès qu'ils sont bien formés.

**Le Dr McIlwraith:** J'espère que ce n'est pas le cas. Ce sont des internes en psychologie clinique qui sont à la dernière étape avant de recevoir leur doctorat, donc, dès le départ, ils sont déjà assez compétents. Ils fournissent aussi un service dans les hôpitaux universitaires de la ville, et cetera. Comme nous le savons tous, les hôpitaux universitaires sont dirigés par des internes et des résidents, alors bon nombre des gens qui vous fournissent des soins dans les hôpitaux universitaires des villes sont des internes ou des résidents.

Auparavant, la situation, dans bon nombre de ces collectivités, faisait que s'il y avait un service psychologique, il était fourni par des gens qui avaient moins de formation qu'un interne en psychologie. Cependant, nous essayons nettement de transmettre le message que nous ne voyons pas les étudiants comme étant la solution au problème de ressources humaines dans les régions rurales.

Les étudiants sont là pour apprendre et pour acquérir de l'expérience. Le superviseur est encore responsable de leur dossier et les étudiants sont là pour faire l'expérience de la pratique en région rurale. Certains d'entre eux l'apprécient et nous espérons pouvoir en recruter certains, puisqu'il y a des postes vacants. D'autres ne l'aiment pas et partent, ayant vécu une expérience intéressante pendant six mois dans une région rurale et munis, peut-être, de nouvelles connaissances.

Je n'ai pas eu de rétroaction des régions selon lesquelles il leur paraît vexant d'avoir des apprentis. De fait, elles sont très contentes. Si nous devons sauter une année sans envoyer d'apprentis dans une région particulière, elles nous demandent: «Est-ce que nous n'auront pas d'apprentis cette année?» Elles considèrent que c'est deux fois plus de services que d'avoir un spécialiste plus un interne.



**Senator Léger:** I think it can be dangerous in the sense that the people themselves may feel as if they are second-class.

What do you do if speech is not the method of help? Do you have a method to help those people who need mental help but do not express it through words? I thought telehealth was a guide, not an answer.

**Ms. Synyshyn:** One of the psychiatrists I work with has quite broad experience working with individuals who are more comfortable speaking through the computer than face-to-face. She does a fair amount of work with individuals who are fairly isolated, but are more than happy to engage in a discussion. They form their relationship through the computer. She does this with a number of people who are very reluctant either to come out of their homes or just do not want to engage in a face-to-face. There are different ways you can use the technology, but you have to be very careful about it as well.

**Senator Léger:** Do they talk?

**Ms. Synyshyn:** They talk by type.

**Senator Léger:** Supposing they do not talk? That might be another line.

The last thing I would like to say that while there is the high specialty in the West, even if we do not have the organization for registered psychiatric nurses in the East, we could surely have someone come to talk about how we are in this area, including Quebec.

**The Chairman:** In that sense, it will be useful for us to understand the nature of the training nurses receive in the East who do the work you do in the West. I know you cannot give us that, but I know that the woman who represents the Canadian Association of Nurses is here. That was really said for her benefit.

Dr. Marsh, you had a question for Dr. Addington — and to show you how we never play by any rules, that is fine, go ahead.

**Dr. Marsh:** Dr. Addington mentioned population-based funding as a recommendation in his presentation. I was curious how he would deal with the problem of population-based funding for centres such as ours, which offer treatment of a specialized nature to people referred from across the province and, in fact, across the country and around the world. We would not be able to offer those services if we were funded based on the problems arising out of a defined catchment area, such as the number of people in the western half of Toronto.

**The Chairman:** Dr. Addington can answer for himself, and Senator Morin wants to make a comment. However, that is not what I heard Dr. Addington say.

**Le sénateur Léger:** Je pense que ce peut être dangereux dans le sens où les gens eux-mêmes peuvent avoir l'impression d'être des citoyens de seconde zone.

Que faites-vous lorsque l'expression verbale n'est pas la bonne méthode de soutien? Avez-vous une méthode pour aider les gens qui ont besoin d'aide mentale mais qui ne peuvent pas l'exprimer par les mots? J'avais pensé que la télésanté serait un guide, non pas une solution.

**M. Synyshyn:** L'une des psychiatres avec qui je travaille a une vaste expérience du travail avec des gens qui sont plus à l'aise pour parler par l'entremise de l'ordinateur que face à face. Elle travaille beaucoup avec des gens qui sont assez isolés, mais qui sont tout à fait heureux d'engager une discussion. Ils créent leur relation par le biais de l'ordinateur. Elle fait ainsi avec plusieurs patients qui sont très réticents, soit à sortir de leur domicile ou qui ne veulent tout simplement pas avoir de rapports face à face. Il y a différents moyens d'utiliser la technologie, mais il faut faire très attention, tout de même.

**Le sénateur Léger:** Est-ce qu'ils parlent?

**M. Synyshyn:** Ils parlent par le truchement du clavier.

**Le sénateur Léger:** Et supposons qu'ils ne parlent pas? Ce pourrait être une autre possibilité.

La dernière chose que je voudrais dire, c'est que bien qu'il y ait une grande spécialité dans l'Ouest, même si nous n'avons pas d'organisation des infirmiers et infirmières psychiatriques certifiés dans l'Est, nous pourrions certainement inviter quelqu'un à venir parler de la situation ici dans ce domaine, y compris au Québec.

**Le président:** En ce sens, il nous serait utile de pouvoir comprendre la nature de la formation que reçoivent les infirmiers et infirmières dans l'Est, qui font le travail que vous faites dans l'Ouest. Je sais que vous ne pouvez pas nous donner cela, mais je sais aussi que la dame qui représente l'Association canadienne des infirmiers et infirmières est ici. Je disais surtout cela à son intention.

**Le Dr Marsh:** Vous aviez une question à poser au Dr Addington — et pour vous montrer que nous ne prenons pas les règles au pied de la lettre, je vous laisse la parole.

**Le Dr Marsh:** Le Dr Addington a mentionné, dans sa présentation, une recommandation visant le financement proportionnel à la population. Je suis curieux de savoir comment il réglerait le problème du financement proportionnel à la population pour les centres comme les nôtres, qui offrent un traitement de nature spécialisée à des gens qui nous sont envoyés des quatre coins de la province et, en fait, des quatre coins du pays et du monde. Nous ne pourrions pas offrir ces services si nous étions financés en fonction des problèmes recensés dans une circonscription hospitalière particulière, comme, par exemple le nombre de résidents dans la moitié occidentale de Toronto.

**Le président:** Le Dr Addington peut répondre de lui-même, et le sénateur Morin veut faire un commentaire. Toutefois, ce n'est ce que j'ai entendu dire au Dr Addington.

I understood him to say that the allocation of funds from — for example, CIHR — to the various areas of health where it allocates funds ought to be based on the relative incidence in the population of a particular disease, not — to use Ms. Synyshyn's word — the "sexiness" of the particular disease.

I will let Senator Morin make his comment, and then I am curious to know what he really did say.

**Senator Morin:** I am interested in Dr. Marsh's comment because I tried obtaining data on the support for research in the fields of addiction in Canada from the Centre for Addiction and Mental Health. We can get it in the U.S. and U.K., but it is apparently impossible to get in Canada.

Perhaps the first thing, Dr. Marsh, is to have an actual figure for the research that is being done in your field, and then we can increase it — but it is absolutely impossible to obtain.

**Dr. Marsh:** I hope I have not confused the issue, I was speaking about population-based funding for treatment as opposed to the burden of illness-based funding for research, where I would agree with his recommendation.

**Dr. Addington:** I did make two separate recommendations; one was about research funding and one was about mental health services funding. Population-based funding can be applied at any level of system organization. You could say at a provincial level it will be X dollars per person per year. Obviously, some of that will go to community-based services; some might go to regional specialized services that support the whole province. The basic concept, though, is that the funding is available to mental health at a discrete and specific level, and you get away from some of the competition within the acute care services.

Within the current health system, it tends to favour the acute care sector. There is a piece of mental health in there, but it does not address the broad and optimal way of delivering health services. If you can provide a community service and prevent them coming in, that is preferable.

**Senator Keon:** I think this is an excellent idea because you can combine epidemiology with your health care programs. Furthermore, the adjustments are quite simple to make for national and international referrals into a population-based funded health institution. With the systems the way they are now, the numbers just fall out at the end of each month, and various governments can respond to them. Indeed, with the interprovincial schedules, you get reimbursed from the other provinces anyway. For out-of-country, there is usually another solution.

Il m'a semblé comprendre que ce qu'il disait, c'est que l'allocation des fonds versés — par exemple, par l'ASIRSC — aux divers secteurs de santé qu'il finance devrait être fondée sur l'incidence relative dans la population d'une maladie particulière, et non pas — pour utiliser l'expression de M. Synyshyn — l'«attrait» d'une maladie particulière.

Je laisserai le sénateur Morin faire son commentaire, mais je suis curieux de savoir ce qu'il a dit exactement.

**Le sénateur Morin:** Le commentaire du Dr Marsh m'intéresse parce que j'ai essayé d'obtenir des données sur l'appui à la recherche dans les domaines de la toxicomanie au Canada, du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Nous pouvons les obtenir aux États-Unis et au Royaume-Uni, mais c'est apparemment impossible d'en avoir au Canada.

Peut-être la première chose à faire, docteur Marsh, serait-elle d'obtenir les chiffres réels pour la recherche qui est faite dans votre domaine, et ensuite, nous pourrions augmenter le financement, mais c'est absolument impossible à obtenir.

**Le Dr Marsh:** J'espère ne pas avoir mélangé les cartes, je parlais de financement proportionnel à la population pour le traitement, par opposition au fardeau du financement de la recherche en fonction des maladies, et alors je serais d'accord avec sa recommandation.

**Le Dr Addington:** J'ai effectivement fait deux recommandations distinctes; l'une concernait le financement de la recherche et l'autre le financement des services de santé mentale. Le financement proportionnel à la population peut s'appliquer à n'importe quel niveau de l'organisation d'un système. On pourrait dire au niveau provincial que ce sera tant de dollars par personne, par année. De toute évidence, une partie de ces fonds irait aux services dans la collectivité; une autre partie pourrait être allouée aux services régionaux spécialisés qui appuient toute la province. Le concept de base, cependant, est que le financement est disponible pour la santé mentale à un niveau discret et spécifique, et on s'éloigne un peu de la compétition dans les services de soins intensifs de courte durée.

Dans le système de santé actuel, c'est le secteur des soins intensifs de courte durée qui semble être favorisé. Il y a un élément de santé mentale là-dedans, mais cela ne tient aucun compte de la prestation générale et optimale de services de santé. Si on peut fournir un service dans la collectivité et les empêcher de s'y immiscer, c'est préférable.

**Le sénateur Keon:** Je pense que c'est une excellente idée, parce qu'on peut combiner l'épidémiologie avec vos programmes de soins de santé. De plus, les ajustements sont assez simples à faire pour l'aiguillage national et international des patients dans un établissement de santé financés en fonction de la population. Avec le système tel qu'il est maintenant, les chiffres sont calculés à la fin de chaque mois, et divers gouvernements peuvent y réagir. De fait, avec les programmes interprovinciaux, on se fait rembourser par les autres provinces, de toute façon. Pour les soins obtenus hors du pays, il y a généralement une autre solution.



**The Chairman:** I thank all of you for coming. We greatly appreciate your taking the time to be with us.

Senators, I have one quick item. I need a motion to allow me to move \$300 from our transportation budget to goods done.

**Senator Fairbairn:** I so move.

**The Chairman:** The second item is that next week, after our Wednesday session, I need about 15 minutes in camera. Please keep that in mind.

The committee adjourned.

**Le président:** Je vous remercie tous d'être venus. Nous apprécions beaucoup que vous ayez pris le temps de venir nous voir.

Sénateurs, j'ai une dernière petite chose à régler. Il me faut une motion pour me permettre de déplacer 300 \$ de notre budget de transport à l'autre poste.

**Le sénateur Fairbairn:** Je le propose.

**Le président:** La deuxième chose, c'est que la semaine prochaine, après notre séance du mercredi, il me faudra environ un quart d'heures à huis clos. Veuillez le prendre en note.

La séance est levée.





*From the University of Manitoba:*

Mr. Robert McIlwraith, Professor and Director, Rural and Northern Psychology Programme.

*From the Registered Psychiatric Nurses of Canada:*

Ms. Margaret Synyshyn, President.

*De l'Université du Manitoba:*

M. Robert McIlwraith, professeur et directeur, Programme de psychologie en milieu rural et nordique.

*De l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques du Canada:*

Mme Margaret Synyshyn, présidente.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

**Wednesday, May 28, 2003:**

*From the Canadian Institutes of Health Research:*

Ms. Bronwyn Shoush, Board Member, Institute of Aboriginal Peoples' Health.

*From the University of Manitoba:*

Mr. John Arnett, Head, Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine.

*From the Centre for Addiction and Mental Health:*

Ms. Rena Scheffer, Director, Public Education and Information Services.

*As an individual:*

Ms. Nancy Hall, Mental Health Consultant.

**Thursday, May 29, 2003**

*From the University of Toronto:*

Dr. David Marsh, Clinical Director, Addiction Medicine, Centre for Addiction and Mental Health.

*From the University of Calgary:*

Dr. Donald Addington, Professor and Head, Department of Psychiatry.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

**Le mercredi 28 mai 2003**

*Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

Mme Bronwyn Shoush, commissaire, Institut de la santé des Autochtones.

*De l'Université du Manitoba:*

M. John Arnett, chef, Département de santé psychologique clinique, Faculté de médecine.

*Du Centre de toxicomanie et de santé mentale:*

Mme Rena Scheffer, directrice, Services d'informations et d'éducation du public.

*À titre personnel:*

Mme Nancy Hall, conseillère en santé mentale.

**Le jeudi 29 mai 2003**

*De l'Université de Toronto:*

Dr David Marsh, directeur des services cliniques, Médecine des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

*De l'Université de Calgary:*

Dr David Addington, professeur et chef, Département de psychiatrie.

*(Suite à la page précédente)*



26  
51



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-2003

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

**Social Affairs,  
Science and  
Technology**

**Affaires sociales,  
des sciences  
et de la technologie**

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, June 4, 2003  
Thursday, June 5, 2003

Le mercredi 4 juin 2003  
Le jeudi 5 juin 2003

Issue No. 17

Fascicule n° 17

Eleventh and twelfth meetings concerning:  
Mental health and mental illness

Onzième et douzième réunions concernant:  
La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:  
  
(See back cover)

TÉMOINS:  
  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL  
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Léger
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

\**Ex Officio Members*

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter

\* *Membres d'office*



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, June 4, 2003  
(24)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 3:38 p.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche and Rossiter (11).

*Other senator present:* The Honourable Senator Pépin (1).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee continued its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Coalition for Seniors Mental Health:*

Dr. David K. Conn, Co-Chair; President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry.

*From the St. Joseph's Health Care London:*

Maggie Gibson, Psychologist.

*From the Alzheimer Society of Canada:*

Steve Rudin, Executive Director.

*From the Hamilton Health Sciences Centre:*

Venera Bruto, Psychologist.

At 3:42 p.m., the Honourable Senator Cordy assumed the Chair.

David Conn, Steve Rudin, Maggie Gibson and Venera Bruto each made a presentation and answered questions.

At 5:52 p.m., the committee recessed.

At 5:55 p.m., the committee resumed and proceeded in camera pursuant to Rule 92(2)(e), the Honourable Senator Kirby having resumed the Chair.

The Honourable Senator Fairbairn, P.C., moved — That the committee adopt the following order of reference and that it be presented to the Senate.

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 4 juin 2003  
(24)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 38 dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Rossiter (11).

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Pépin (1).

*Également présents:* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Sont également présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité poursuit l'examen des questions découlant de son rapport final sur l'état du système de santé au Canada déposé en octobre 2002, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale, et des progrès depuis lors.

**TÉMOINS:**

*De la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées:*

Dr David K. Conn, coprésident; président, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique.

*Du St. Joseph's Health Care London:*

Maggie Gibson, psychologue.

*De la Société Alzheimer du Canada:*

Steve Rudin, directeur exécutif.

*Du Hamilton Health Sciences Centre:*

Venera Bruto, psychologue.

À 15 h 42, l'honorable sénateur Cordy prend le fauteuil.

David Conn, Steve Rudin, Maggie Gibson et Venera Bruto font chacun une présentation et répondent aux questions.

À 17 h 52, la séance est suspendue.

À 17 h 55, la séance reprend et se poursuit à huis clos, conformément à l'alinéa 92(2)e) du Règlement, l'honorable sénateur Kirby ayant repris le fauteuil.

L'honorable sénateur Fairbairn, c.p., propose — Que le comité adopte l'ordre de renvoi qui suit, et que celui-ci soit présenté au Sénat.

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner et à faire rapport de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique au Canada, ainsi que de la capacité du Canada de

emergencies arising from outbreaks of infectious disease. In particular, the Committee shall be authorized to examine and report on:

the state and governance of the public health infrastructure in Canada;

the roles and responsibilities of, and the coordination among, the various levels of government responsible for public health;

the monitoring, surveillance and scientific testing capacity of existing agencies;

the globalization of public health;

the adequacy of funding and resources for public health infrastructure in Canada;

the performance of public health infrastructure in selected countries;

the feasibility of establishing a national public health legislation or agency as a means for better coordination and integration and improved emergency responsiveness;

the Naylor Advisory Group Report and recommendations.

That the committee submits its report no later than 31 December 2003.

At 6:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:*

OTTAWA, Thursday, June 5, 2003

(25)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:04 a.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche and Rossiter (10).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee continued its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

répondre aux situations d'urgence relatives à la santé publique découlant de poussées épidémiques de maladies infectieuses. En particulier, le comité est autorisé à examiner et à faire rapport des questions suivantes:

l'état et la gouvernance de l'infrastructure de santé publique du Canada;

les rôles et responsabilités des divers niveaux de gouvernement responsable de la santé publique, et la coordination entre eux;

la capacité de suivi, de surveillance et l'analyse scientifique des organes existants;

la mondialisation de la santé publique;

la suffisance du financement et des ressources attribuées à l'infrastructure de santé publique au Canada;

le rendement de l'infrastructure de santé publique dans des pays sélectionnés;

la faisabilité de la création d'une loi ou d'une agence nationale de santé publique comme moyen de mieux coordonner, intégrer et améliorer la capacité d'intervention d'urgence;

le rapport du groupe consultatif Naylor et ses recommandations.

Que le comité remette son rapport au plus tard le 31 décembre 2003.

À 18 h 20, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

OTTAWA, le jeudi 5 juin 2003

(25)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 04, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Rossiter (10).

*Également présents:* Odette Madore et Howard Chodos, de la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité poursuit son examen des questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada, en octobre 2002, et les développements subséquents. En particulier, le comité examine la santé mentale et la maladie mentale.



*WITNESSES:**From the University of Ottawa:*

Tim D. Aubry, Associate Professor; Co-Director, Centre for Research and Community Services;

Dr. Jeffrey Turnbull, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine.

*From the Canadian Academy of Psychiatry and the Law:*

Dr. Dominique Bourget, President.

*As an individual:*

J. Michael Grass, Past-Chair, Champlain District Mental Health Implementation Task Force.

Michael Grass, Dominique Bourget, Tim Aubry and Jeffrey Turnbull each made a presentation and answered questions.

At 12:56 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:**TÉMOINS:**De l'Université d'Ottawa:*

Tim D. Aubry, professeur associé; codirecteur, Centre de recherche sur les services communautaires;

Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine.

*De l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit:*

Dre Dominique Bourget, présidente.

*À titre personnel:*

J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain.

Michael Grass, Dominique Bourget, Tim Aubry et Jeffrey Turnbull font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 12 h 56, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 4, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:38 p.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, we are here to continue our study of mental health. I have to go into a very short call, but we will start and Senator Cordy will take the chair. Let me tell everybody who our witnesses are today. We have David Conn, who is the co-chair and president of the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry; from St. Joseph's Health Care in London, Ontario, we have Maggie Gibson, who is a psychologist; from the Alzheimer's Society of Canada, we have Steve Rudin, who is the executive director; and from the Hamilton Health Services Centre, we have Venera Bruto, who is also a psychologist.

When we were in Montreal, and we divided into two panels, part of the group that I was with went to what I always call MacDonald College — the Department of Defence Centre for Geriatric Medicine — and had a very interesting insight. I must say, frankly, it was a troubling one in terms of the nature of that awful disease. We are delighted that the four of you have agreed to come today.

Our format is that we would ask each of you to make a brief statement. We are all capable of reading your written material. In this committee, we like to ask questions, therefore I will ask you to hit the highlights of your statement and then we will turn to questions.

**Senator Jane Cordy** (*Acting Chairman*) in the Chair.

**Dr. David K. Conn, Co-Chair; President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry, Canadian Coalition for Seniors Mental Health:** Honourable senators, I am a geriatric psychiatrist working at Baycrest Centre in Toronto. I am also president of the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry and co-chair of the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, which represents more than 65 organizations from across the country.

We would like to thank the committee for inviting us to present on the unique issues facing seniors' mental health. With the rapid growth of the aging population, there will be an unprecedented increase in the number of seniors with mental illness, with an equally striking demand on the system's capacity to address their needs. I would first like to underline some key issues facing this population.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 4 juin 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 38 afin d'étudier les questions suscitées par le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada, en octobre 2002, et les développements subséquents. En particulier, le comité est autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Chers collègues sénateurs, nous allons donc poursuivre notre étude de la santé mentale. Comme je dois aller faire un bref appel téléphonique, je serai remplacé à la présidence par le sénateur Cordy. Avant cela, je vais vous présenter nos témoins: David Conn, coprésident et président de l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique; Maggie Gibson, psychologue au St. Joseph's Health Center de London; Steve Rudin, directeur exécutif de la Société Alzheimer du Canada, et Venera Bruto, psychologue au Health Services Centre.

À Montréal, nous nous sommes subdivisés en deux groupes. Mon demi-groupe est allé visiter ce que je continue d'appeler le Collège MacDonald — c'est-à-dire le Centre de médecine gériatrique du ministère de la Défense — où nous avons beaucoup appris. Je dois cependant vous avouer que nous avons trouvé tout cela très troublant à cause du caractère particulier de cette horrible maladie. Quoi qu'il en soit, nous sommes ravis de vous accueillir tous les quatre aujourd'hui.

Nous demandons habituellement à nos témoins de commencer par un bref exposé. Comme nous pouvons lire vos mémoires, nous préférons vous poser des questions. Je vous invite donc à vous limiter à un survol de votre document pour nous permettre de passer aux questions.

**Le sénateur Jane Cordy** (*présidente suppléante*) occupe le fauteuil.

**Le Dr David K. Conn, coprésident; président, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées:** Honorables sénateurs, je suis psychiatre spécialisé en gériatrie et je travaille au Centre Baycrest de Toronto. Je préside aussi l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique et je suis coprésident de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées qui regroupe plus de 65 organisations d'un peu partout au pays.

Je tiens à remercier le comité de nous avoir invités à lui faire part de notre point de vue sur les problèmes tout à fait particuliers qui se posent dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées. Le vieillissement rapide de la population se traduira par une hausse sans précédent du nombre de maladies mentales chez les personnes âgées et, par voie de conséquence, du niveau de demandes imposées au système de santé. Je me propose de commencer par vous parler de certains des grands problèmes auxquels cette partie de la population est confrontée.



Seniors suffer from a wide array of mental illnesses, including mood, anxiety and psychotic disorders, in addition to the emotional, behavioural and cognitive complications of a variety of brain diseases such as Alzheimer's, stroke and Parkinson's disease.

Mental disorders among seniors are frequently misdiagnosed or missed altogether. There are very high rates of mental disorders among certain groups — for example, the residents of long-term care facilities. Behavioural symptoms, such as physical aggression or agitation, frequently have serious consequences, including injury, caregiver distress and premature institutionalization.

Caring for seniors is a complex affair. Older seniors — those over the age of 80 — are commonly frail, have coexisting health conditions and are frequently taking multiple medications. We know that we have effective treatments, but those in need often do not receive them. On the other hand, inappropriate or sub-optimal use of psychoactive medications is an issue of major concern. This can represent either overuse of medications or, in some cases, underutilization.

There is a distinct lack of public awareness about these issues. The training of front-line staff is often woefully inadequate, although there are some recently developed model programs in a few areas of the country that are demonstrating some success. Family caregivers experience extraordinary levels of stress over long periods of time. There is a desperate need for available mental health services for seniors, which need to be comprehensive, coordinated and integrated with the rest of the health care system.

There is a particular need for effective community outreach services, so that seniors who require assessment and treatment in their homes can be adequately cared for. There is a serious lack of research and information regarding this population. Primary prevention is a vitally important goal, but effective strategies remain elusive.

We would like to begin by suggesting that the federal government, in collaboration with the provinces and other key stakeholders, jointly develop a national action plan for mental illness and mental health. Within that plan, there needs to be a specific focus on seniors and their unique needs and issues.

I would like to focus our attention to the following areas: public awareness, education, systems of care, human resources, research and caregivers. For each area, I will put forward one or two suggestions.

Regarding public awareness, there is a growing need for public education about mental problems associated with aging. Mental illness is not a natural part of aging, nor does it have to be seen as shameful or an embarrassment. A lack of knowledge regarding

Les personnes âgées risquent de souffrir de plusieurs maladies mentales, notamment de troubles de l'humeur, d'anxiété et de troubles psychotiques en plus de complications émotionnelles, comportementales et cognitives associées à toute une gamme de maladies cérébrales comme l'Alzheimer, l'ACV et le Parkinson.

Il arrive très souvent que les troubles mentaux chez les personnes âgées soient mal diagnostiqués ou ne soient pas détectés. La prévalence des troubles mentaux est particulièrement élevée chez certains groupes, comme chez les patients traités dans les établissements de soins de longue durée. Il arrive souvent que les symptômes comportementaux, comme l'agression ou l'agitation physique, aient de graves conséquences: blessures, détresse des aidants et institutionnalisation prématurée.

Les soins d'une personne âgée sont particulièrement complexes. Les personnes du quatrième âge — c'est-à-dire celles qui ont plus de 80 ans — sont généralement frêles, elles souffrent de plusieurs problèmes de santé et doivent souvent prendre plusieurs médicaments. Nous savons qu'il existe des traitements efficaces, mais il n'est pas rare que ceux qui en ont besoin n'en bénéficient pas. D'un autre côté, le recours inapproprié ou sous-optimal aux médicaments psychoactifs pose un grave problème. Cela peut se traduire par une surmédication ou une sousmédication.

À l'évidence, le grand public est mal informé de ces problèmes. La formation du personnel de première ligne est souvent très insuffisante bien que, récemment, les programmes modèles mis en place dans certaines régions du pays aient donné de bons résultats. Quand il faut s'occuper longtemps d'une personne âgée, les aidants naturels subissent un niveau de stress anormalement élevé. Le besoin de services de santé mentale pour personnes âgées est criant et ces services devront être exhaustifs, coordonnés et intégrés au reste du système de santé.

Il faudra tout particulièrement mettre sur pied des services communautaires afin que les personnes âgées qui ont besoin d'être évaluées et traitées à domicile puissent être correctement prises en compte. On note aussi un grave manque d'informations et de données de recherche sur cette population. Même si la prévention primaire constitue un objectif d'une importance vitale, les stratégies proposées en ce sens demeurent imprécises.

Nous suggérons, d'entrée de jeu, que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les autres parties prenantes, élabore un plan d'action national portant sur la maladie mentale et la santé mentale. Ce plan devra réserver une attention toute particulière aux personnes âgées et à leurs besoins et problèmes uniques.

Je me propose de m'attarder sur quatre grands domaines: la sensibilisation du public, la formation, les systèmes de soins, les ressources humaines, la recherche et les aidants. Je formulerai une suggestion ou deux pour chacun de ces domaines.

Pour ce qui est de la sensibilisation du public, force est de reconnaître qu'il est de plus en plus nécessaire d'informer la population au sujet des problèmes mentaux associés au vieillissement. La maladie mentale n'est pas une réalité



the early signs of mental illness and potentially effective treatments prevents seniors and their families from accessing much-needed services on a timely basis.

Indeed, early identification contributes to better treatment outcomes. For example, timely diagnosis can allow for the use of newly discovered therapies, which can slow the progress of Alzheimer's disease. In addition, early identification of depression may reduce morbidity and also decrease the instance of suicide in seniors. It is important to note that the instance of suicide among men 80 years of age and older is the highest of all age groups in Canada. We recommend that the federal government provide funding for the development of a public education campaign to increase awareness of mental health concerns in seniors.

In reference to education, the number of health care professionals with training in geriatrics is completely inadequate. We need to ensure that geriatric education is part of the core curriculum for all health care disciplines, and receives appropriate emphasis. Geriatric specialists are currently in short supply and demographic trends will further exacerbate the situation.

In long-term care facilities, 80 per cent of residents suffer from some form of mental disorder. Indeed, nursing homes have been termed "the modern mental institutions for the elderly." Yet, the staff in these facilities receive very limited training with respect to mental health problems.

Educational strategies are especially needed which target front-line workers in both the community and institutions. This could be achieved through collaboration of the federal government, the Canadian Council on Health Service Accreditation and other key stakeholders. The minimum standards defined within the accreditation guidelines should include a specific number of hours of education for all staff in long-term care facilities and home-care agencies.

With respect to systems of care, there are vast discrepancies in the availability of mental health services between different regions of the country, with very limited availability in rural areas and smaller cities. In most regions, services that do exist are poorly coordinated, not comprehensive, and do not have the capacity of serving multicultural communities. Community outreach is an essential component of geriatric care, as many seniors are reluctant or unable to leave their homes.

Telehealth allows specialized assessments and education to reach remote areas. We would like to see sponsorship of a national best practices conference focusing on seniors' mental

incontournable du vieillissement et il n'y a pas lieu, non plus, qu'elle soit source de honte ou de gêne. Parce qu'on connaît mal les signes avant-coureurs de la maladie mentale et le fait qu'il existe des traitements efficaces, les personnes âgées et leurs familles n'ont pas accès en temps opportun aux services dont ils auraient grand besoin.

Il est vrai que le dépistage précoce contribue à l'efficacité du traitement. Par exemple, un diagnostic posé à temps permet d'appliquer des thérapies récentes qui, dans le cas de l'Alzheimer, peuvent ralentir la progression de la maladie. En outre, la détection précoce de la dépression permet de réduire la morbidité et de diminuer le nombre de suicides chez les personnes âgées. Je me dois, ici, de vous signaler que l'incidence du suicide chez les hommes de 80 ans et plus est la plus élevée de tous les groupes d'âge au Canada. Nous recommandons que le gouvernement fédéral finance une campagne d'information publique destinée à mieux sensibiliser la population sur les problèmes de santé mentale des personnes âgées.

Pour ce qui est de la formation, il faut avouer que le nombre de professionnels de la santé formés en gériatrie est parfaitement insuffisant. Nous devons veiller à ce que la formation en soins gériatriques fasse partie du programme de base de toutes les disciplines en santé et qu'elle fasse l'objet d'une insistance appropriée. Nous manquons actuellement de spécialistes en soins gériatriques et les tendances démographiques sont annonciatrices d'une aggravation du phénomène.

Dans les établissements de soins prolongés, 80 p. 100 des résidents souffrent de troubles mentaux sous une forme ou une autre, au point qu'on dit des foyers de soins qu'ils sont les institutions mentales modernes pour personnes âgées. Pourtant, le personnel de ces établissements ne reçoit qu'une formation limitée en santé mentale.

Des stratégies de soutien à la formation s'imposent tout particulièrement dans le cas des travailleurs de première ligne, en milieu communautaire et dans les établissements. Une telle stratégie pourrait être élaborée en collaboration entre le gouvernement fédéral, le Conseil canadien d'agrément des services de santé et les autres parties prenantes. Les normes minimales définies dans les lignes directrices sur l'agrément devraient imposer la prestation d'un certain nombre d'heures de formation à tout le personnel des établissements de soins de longue durée et des organisations de soins à domicile.

Au chapitre des systèmes de soins de santé, il faut reconnaître qu'il existe de très importants écarts d'une région à l'autre du pays dans l'accessibilité aux services de santé mentale, puisqu'ils sont quasiment inexistantes dans les régions rurales et les petites villes du pays. Dans la plupart des régions, les services offerts sont mal coordonnés, ils ne sont pas complets et ne sont pas adaptés aux besoins des collectivités multiculturelles. L'expansion des services à la communauté est une dimension fondamentale des soins gériatriques, car de nombreuses personnes âgées ne veulent pas ou ne peuvent pas quitter leur domicile.

La télémédecine permet d'informer, de former et de conduire des évaluations spécialisées dans les régions éloignées. Nous souhaiterions que soit organisée une conférence nationale sur les



health so we can all learn from the best of what is available across the country. A national committee should be created to develop evidence-based guidelines on assessment, treatment and service delivery models; and funding should be made available to support the development, dissemination, implementation and evaluation of these guidelines. We also recommend provision of financial support for geriatric telehealth initiatives, which can provide remarkably effective mental health consultation and education to rural and remote areas of the country.

The members of our coalition and academy believe one of the most significant barriers to seniors' mental health is the shortage of human resources. It is difficult to recruit and retain qualified staff. Long-term care settings are particularly vulnerable to high rates of staff turnover. More information is needed regarding the specific human resources required to effectively deliver care, and how we can create work environments that will attract qualified professionals and front-line workers. We recommend support for a national health human resources strategy that includes issues specific to seniors' mental health.

There is currently relatively little research being conducted in Canada on seniors' mental health. Although there is some very limited funding for Alzheimer's disease, much more is needed for the full array of mental health issues. There is no organized research agenda that focuses on seniors' mental health. Furthermore, there is very little data collected nationally to allow us to understand the incidence and prevalence of various disorders, as well as the outcome of treatments and programs for seniors' mental health.

We recommend that a workshop be supported by the federal government and coordinated by key stakeholders, to establish seniors' mental health research priorities. The results of the workshop should lay the foundation for targeted funding for geriatric mental health research. This should be supported through the Canadian Institutes of Health Research, CIHR, and the Canadian Health Services Research Foundation, CHSRF, with a goal of enhanced funding for basic clinical and health systems research. CIHR, in collaboration with the provinces and territories, should be encouraged to create a working group to collect data specifically related to seniors' mental health in both community-based and long-term care settings.

Family caregiving is a tremendous task. It places immense demands on time, resources and emotions. Due to the enormity of the task, caregivers of older people have very high rates of depression. The economic value of family caregiving is enormous.

pratiques exemplaires axées sur la santé mentale des personnes âgées, afin d'apprendre de ce qui se fait de mieux au Canada. Il conviendrait, par ailleurs, de mettre sur pied un comité national qui serait chargé d'élaborer des lignes directrices, fondées sur des faits avérés, en matière d'évaluation, de traitement et de modèle de prestation de services. Par ailleurs, l'élaboration, la diffusion, la mise en œuvre et l'évaluation de ces lignes directrices devraient bénéficier d'un financement. Nous recommandons de financer des initiatives en télémédecine gériatrique, ce moyen favorisant la consultation et l'éducation en santé mentale dans les régions rurales et éloignées, de façon remarquablement efficace.

Les membres de la Coalition et de l'Académie estiment que l'un des plus importants obstacles à la santé mentale des personnes âgées est constitué par la pénurie de ressources humaines. Il est difficile de recruter et de maintenir en poste le personnel compétent. Les établissements de soins de longue durée sont particulièrement exposés à des taux élevés de roulement de personnel. Il faudra diffuser davantage d'informations sur le genre de ressources humaines qui sont nécessaires pour assurer des soins efficaces et sur la façon d'instaurer des milieux de travail susceptibles d'attirer des professionnels compétents et des travailleurs de première ligne. Nous recommandons d'appuyer les stratégies concernant les ressources humaines en santé nationale qui comprendront un volet propre à la santé mentale des personnes âgées.

Jusqu'ici, on n'a réalisé que relativement peu de recherches au Canada sur la santé mentale des personnes âgées. Malgré le financement très limité accordé à la maladie d'Alzheimer, il faudra faire beaucoup plus pour couvrir l'ensemble des questions de santé mentale. Aucun programme de recherche structurée n'est axé sur la santé mentale des personnes âgées. Qui plus est, nous manquons de données nationales qui pourraient nous donner une idée de l'incidence et de la prévalence des différents troubles mentaux, de même que du résultat des traitements et des programmes en santé mentale dans le cas des personnes âgées.

Nous recommandons la tenue d'un atelier, financé par le gouvernement fédéral et coordonné par les principaux intervenants, atelier dont l'objet serait d'établir les priorités en matière de recherche en santé mentale chez les personnes âgées. Les résultats de cet atelier pourraient servir de base à un financement ciblé de la recherche sur la santé mentale gériatrique. Il y aurait lieu que les Instituts canadiens de recherche en santé, les ICRS, et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, la FCRSS, contribuent au financement de la recherche fondamentale et clinique dans le domaine de la santé. Il faudrait encourager les ICRS à créer un groupe de travail, en collaboration avec les provinces et les territoires, afin de recueillir des données spécifiques à la santé mentale des personnes âgées, tant au sein des collectivités que dans les établissements de soins de longue durée.

La prestation de soins par les membres de la famille est une tâche particulièrement ardue, exigeante en temps, en ressources et en émotions. À cause de l'énormité de la tâche qui leur incombe, nombre d'aidants naturels de personnes âgées souffrent de

Family caregivers provide the majority of long-term care in Canada and save the public system billions of dollars.

However, supports to family caregivers are limited, usually insufficient, and mostly geared to the needs of the ill family member — not to the needs of the caregiver. We recommend the provision of family caregivers with the necessary supports to successfully provide care, including sources of relevant and meaningful information and the availability of appropriate levels of respite care and home care.

We also recommend the provision of tax credits or tax breaks to reflect actual costs for out-of-pocket expenses incurred by caregivers. It is also important to continue to review and make changes to employment insurance pension plans and labour codes to accommodate the requirement of caregivers to take time off work when necessary without risking job loss.

I would like to end with a quote from C. Everett Koop, a former U.S. surgeon general: "The capacity of an individual with mental or behavioral problems to respond to mental health interventions knows no end-point in the life cycle."

**Mr. Steve Rudin, Executive Director, Alzheimer Society of Canada:** Honourable senators, on behalf of the Alzheimer Society of Canada I am pleased to have this opportunity to appear before your committee to provide some background and insight about Alzheimer's disease.

Alzheimer's disease is the leading cause of dementia. It is characterized by symptoms that can include loss of memory, impaired judgment, reduced capacity to reason, changes in mood and very challenging behaviours. It is a progressive disease that was first described by Dr. Alzheimer, a German neurologist and psychiatrist, in 1906.

Significant physical changes occur in the brain as a result of Alzheimer's disease. Brain cells shrink or disappear and are replaced by plaques and thread-like tangles that eventually destroy living brain cells. People with Alzheimer's disease and related dementias may use services associated with mental illness and some with the disease may even experience psychiatric symptoms such as delusion or depression. Alzheimer's disease is a very significant social problem and the Alzheimer Society of Canada has dedicated itself to finding the causes and a cure for the disease.

Currently in Canada, there are 360,000 people who are affected by Alzheimer's disease and the related dementias. That represents one in 13 people over the age of 65 who suffer from Alzheimer's disease and one in three over the age of 85. In addition, thousands of caregivers are required to look after those people and they too,

dépression. La valeur économique des soins dispensés par des membres de la famille est énorme. Les aidants naturels dispensent la majorité des soins de longue durée au Canada et permettent au système public d'économiser des milliards de dollars.

Il demeure que le soutien dont ils bénéficient est limité, qu'il est habituellement insuffisant et qu'il est essentiellement axé sur le membre de la famille qui est malade, plutôt que sur les besoins des aidants. Nous recommandons que l'on fournisse aux aidants naturels l'appui dont ils ont besoin pour offrir des soins de qualité, notamment en les informant comme il se doit et en leur donnant accès à des niveaux appropriés de soins de relève et de soins à domicile.

Nous recommandons également l'octroi de crédits ou de congés fiscaux à hauteur des coûts réels des dépenses personnelles subies par les aidants naturels. Il est par ailleurs important de continuer d'examiner les régimes d'assurance-emploi et les codes du travail, afin de les modifier pour permettre aux aidants naturels de s'absenter aussi longtemps que nécessaire de leur emploi sans qu'ils risquent de le perdre.

Je terminerai sur une citation de C. Everett Koop, ancien Surgeon general: «Toute personne souffrant de problèmes mentaux ou comportementaux conserve intacte et tout au long de sa vie la capacité de réagir à des traitements en santé mentale».

**M. Steve Rudin, directeur exécutif, Société Alzheimer du Canada:** Honorables sénateurs, au nom de la Société Alzheimer du Canada, laissez-moi vous dire que je me réjouis de la possibilité de témoigner devant votre comité sur le contexte et la réalité de la maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est la principale cause de démence. Elle est caractérisée par des symptômes qui peuvent inclure des pertes de mémoire, des déficiences de jugement, une capacité de raisonnement réduite, des changements d'humeur et des comportements très difficiles. Il s'agit d'une maladie progressive qui a été décrite pour la première fois en 1906 par le Dr Alzheimer, neurologue et psychiatre allemand.

D'importants changements physiques se produisent dans le cerveau des personnes atteintes d'Alzheimer. Les cellules du cerveau se contractent ou disparaissent et sont remplacées par des plaques et par un enchevêtrement de matières filiformes qui finit par détruire les cellules vivantes du cerveau. Les personnes atteintes d'Alzheimer et de démence connexe peuvent avoir besoin des services normalement offerts aux malades mentaux et peuvent même présenter des symptômes psychiatriques comme le délire et la dépression. La maladie d'Alzheimer est un problème social non négligeable et la Société d'Alzheimer du Canada se consacre à la découverte des causes de cette maladie et d'une cure.

On dénombre actuellement au Canada 360 000 personnes atteintes d'Alzheimer et de démence connexe. Cela représente une personne sur 13 chez les plus de 65 ans et une sur 30 chez les 85 ans. En outre, les milliers d'aidants naturels qui doivent s'occuper de ces malades subissent indirectement les effets de la



suffer the effects of the disease indirectly. If there are no changes to the current situation, within the next two or two and a half decades those numbers will rise to about 750,000 Canadians affected by the disease.

Alzheimer's disease is a woman's disease. Two-thirds of those affected by Alzheimer's disease are women, and most caregivers are women as well. The reasons for the difference in the incidence are currently being investigated.

Approximately one-half of people with Alzheimer's disease are still residing in the community; the other half live in care facilities. The toll on caregivers is profound. Symptoms of depression are almost twice as common among caregivers of seniors with dementia than for caregivers of seniors without dementia.

The economics are equally staggering. Currently, about \$5.5 billion is being spent to care for people with Alzheimer's disease. The time lost from work by people taking time off to look after people, take them to appointments and so on, is currently estimated at about \$3 billion.

In the brief, I have cited two case studies of people currently living in the community whose situations are very different. One individual is living with his wife. He was a police officer who was diagnosed with Alzheimer's disease a couple of years ago. He is finding that as the disease progresses he is unable to do things that he was able to do with ease before. His wife is his caregiver. He is relatively fortunate in that he has someone to look after him.

The other case referenced in my brief is that of a woman living on her own. When she is no longer able to do the things she currently does, she will have to face placement in a facility. She is not looking forward to that, as no one would.

There are a number of issues in the material, which you can read yourself. It is also in materials we have published and are available on our Web site.

Like Dr. Conn, we believe that there are some significant public policy issues that can be of great assistance to people who struggle with Alzheimer's disease. I think you will notice some striking parallels in our presentations. Home care is of significant importance to people struggling with Alzheimer's disease, and this not only for the individual with the disease but also for the caregiver. It is important to provide care for the sick individual as well as respite care for the family.

Disability tax credits, along with compassionate leave income protection programs, which have started to be implemented by the government, are particularly helpful. We would encourage greater efforts in that regard.

maladie. Si la situation actuelle ne change pas, d'ici 20 ou 25 ans, le nombre de patients de ce genre atteindra près de 750 000.

La maladie d'Alzheimer est une maladie de femme. Les deux tiers des personnes qui en sont atteintes appartiennent au sexe féminin et la majorité des aidants naturels sont aussi des femmes. On est en train d'étudier les raisons susceptibles d'expliquer cette différence de nombres entre hommes et femmes.

Près de la moitié des patients atteints d'Alzheimer réside toujours au sein de la collectivité et l'autre moitié est placée dans des établissements. Les répercussions sur les aidants naturels sont particulièrement importantes. Les symptômes de dépression sont presque deux fois plus courants chez les aidants qui s'occupent de personnes âgées atteintes de démence que chez ceux qui s'occupent de personnes âgées ne souffrant pas de démence.

Sur le plan financier, les chiffres sont presque aussi vertigineux. On dépense actuellement près de 5,5 milliards de dollars pour la maladie d'Alzheimer. Les pertes de temps au travail pour ceux et celles qui doivent s'absenter afin de s'occuper d'un proche, de les transporter à des rendez-vous et autres, se situeraient dans les 3 milliards de dollars.

Dans le mémoire que je vous ai fait remettre, je cite deux études de cas de personnes qui vivent actuellement dans leur collectivité mais dont les situations sont très différentes. La première réside avec son épouse. Il s'agit d'un agent de police chez qui l'on a diagnostiqué l'Alzheimer il y a deux ans environ. Il se rend compte qu'au fur et à mesure de la progression de la maladie, il ne lui est plus possible de faire certaines choses qu'il était capable d'accomplir facilement avant. C'est sa femme qui s'occupe de lui. Il peut s'estimer heureux de bénéficier de ses services.

L'autre cas est celui d'une femme qui habite seule. Quand elle ne sera plus capable de faire tout ce qu'elle fait actuellement, il faudra la placer en institution. Elle redoute cette échéance, et nous ressentirions tous la même chose à sa place.

Il y a plusieurs autres problèmes de mentionnés dans mon document, que je vous invite à lire. Il y a encore plus d'informations dans les articles que j'ai signés et que vous pourrez consulter sur notre site Internet.

À l'instar du Dr Conn, nous sommes convaincus que certaines politiques publiques pourraient grandement aider ceux et celles qui sont aux prises avec la maladie d'Alzheimer. Vous constaterez sans doute qu'il existe un parallèle étonnant entre nos deux exposés. Les soins à domicile revêtent une grande importance pour les personnes en butte à l'Alzheimer, c'est-à-dire non seulement pour le patient mais aussi pour l'aidant naturel. Il est très important d'assurer des soins aux malades mais aussi d'offrir des soins de relève pour assister les membres de la famille.

Les crédits d'impôt pour personnes handicapées ainsi que les programmes de protection du revenu et les congés pour événements familiaux malheureux, que le gouvernement a commencé à mettre en œuvre, sont particulièrement utiles. Nous incitons le gouvernement à déployer davantage d'efforts sur ces plans-là.

Pharmacare has been introduced recently. Programs of pharmacare must include the provision of the limited medications for people who are struggling with Alzheimer's disease. Both people in the two case studies referenced in our material are currently taking preparations that assist them and allow them to continue to function in the community.

We, along with most people are involved in the area of Alzheimer's disease and mental illness, would encourage additional efforts in research. We laud the establishment of the Canadian Institutes of Health Research and the funding they have received. We encourage even greater investment in that area.

While we work to create a world without Alzheimer's disease, programs of support for the more than 360,000 Canadians living with Alzheimer's disease will be required.

Our prayer and hope is that, as this disease was first identified in 1906, 2006 would be the appropriate year to announce that we have found a cure for it.

**Ms. Maggie Gibson, Psychologist, St. Joseph's Health Care London:** Thank you for the opportunity to be here today. I will speak to the highlights of my brief, as I understand that you have it before you.

We use the word "seniors" a lot and talk about "seniors' disorders" and "seniors' mental health." However, seniors are the most heterogeneous component of the population. Some 80 to 85 per cent of seniors are aging in health and wellness. There is, however, another significant component of this population who really need support — social support, health support and psychological support — if they are going to survive, and this is the group we are primarily talking about today.

Following the outline that you provided in your request for consultation today, I will speak briefly about the five areas you identified.

The first was depression and dementia. The point I want to make here is that while depression and dementia are prevalent among the seniors who have mental health issues, there are many other concurrent overlapping conditions such as chronic pain, anxiety disorders, neurologically based apathy disorders and disordered sleep patterns. There are many conditions that have overlapping symptoms and require overlapping and integrated treatment courses.

The challenge is that you must coordinate those treatments. There are many guidelines out there that can assist you to treat depression, pain and anxiety, but the challenge for this population is to integrate those treatments. That is not easy.

L'assurance-médicaments a été adoptée il y a peu. Les programmes de ce genre devraient favoriser la fourniture des médicaments très spécifiques dont ont besoin les personnes atteintes d'Alzheimer. Les deux personnes mentionnées dans les études de cas présentées dans notre document prennent des préparations qui leur permettent de continuer à fonctionner au sein de la collectivité.

Nous nous associons à la plupart des personnes qui travaillent dans le domaine de la maladie mentale et de la maladie d'Alzheimer pour réclamer un investissement supérieur dans le domaine de la recherche. Nous applaudissons à la création de l'Institut canadien de recherche en santé et du financement qu'on lui a accordé. Nous demandons que l'on fasse plus encore à cet égard.

Pendant que nous travaillons à l'instauration d'un monde d'où l'Alzheimer aura disparu, il faudra continuer d'offrir des programmes d'appui aux 360 000 Canadiens et plus qui souffrent de cette maladie.

Nous espérons et nous prions pour qu'en 2006 on annonce la découverte d'un remède pour traiter cette maladie que l'on connaît depuis 1906.

**Mme Maggie Gibson, psychologue, St. Joseph's Health Care London:** Merci de m'avoir donné l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui. Je vais me livrer à un survol de mon mémoire, car je crois savoir qu'on vous en remis des copies.

Nous employons l'expression «personnes âgées» et parlons beaucoup de troubles mentaux gériatriques et de santé mentale des personnes âgées. Il demeure que ces personnes constituent le groupe d'âge le plus hétérogène de tous. Près de 80 à 85 p. 100 des aînés vieillissent en bonne santé et dans un certain bien-être. Malheureusement, une importante partie de cette population a vraiment besoin d'aide pour survivre, d'une aide sociale, d'une aide en santé et d'une aide psychologique. C'est de ce groupe dont nous allons surtout parler aujourd'hui.

Partant de l'aperçu que vous nous avez fait remettre dans votre invitation à témoigner, je vais vous parler des cinq domaines que vous y mentionnez.

Il y avait d'abord la question de la dépression et de la démence. Je tiens à dire, à cet égard, que si la dépression et la démence sont assez courantes parmi les personnes âgées souffrant de problèmes mentaux, on trouve aussi chez elles un grand nombre d'autres états parallèles, comme la douleur chronique, les troubles de l'anxiété, les problèmes d'apathie d'origine neurologique et les troubles de la structure du sommeil. Plusieurs états présentent des symptômes qui se recoupent et qui exigent donc des traitements intégrés se chevauchant.

La grande difficulté tient au fait qu'il faut coordonner ce genre de traitements. Il existe de nombreuses lignes directrices sur lesquelles on peut s'appuyer pour traiter la dépression, la douleur et l'anxiété, mais la difficulté qui se pose dans le cas de cette population consiste précisément à intégrer les traitements. Ce n'est pas facile.



Often, the treatment recommendations almost conflict with each other. For example, pain management best-practice guidelines will tell you that you need to include psychoeducational intervention so that people can become participants in their own care, but for people with significant dementia that does not work. Depression guidelines will tell you that you need to increase people's opportunity to access rewarding environmental opportunities and pleasurable experiences, but for people with significant neurologically based motivational deficits, they cannot take advantage of those situations.

There is an urgent need for the development of sophisticated, evidence-based, research-grounded, and best-practice guidelines to assist people who practise in this area to develop integrated programs that allow us to treat the co-morbidity that presents in the mental health conditions of seniors.

Two of the really critical questions are, first, how does the co-morbidity that is common in this population influence the implementation of best practices for different conditions; and, second, how does that co-morbidity influence the achievability of outcomes? In other words, what is the target? What is the goal? How will we know when we are doing optimal mental health care for this population? Practitioners on the ground do not know right now.

The second issue you identified is concurrent disorders — specifically addiction. We know that alcohol abuse and misuse is associated with numerous other problems in this population, including social isolation, chronic pain, increased risk of falls, exacerbation of heart disease, and diabetes. It is also associated with abuse both in the abusers and the abusing. We know that, there is an uneasy fit between mental health services and addiction services, in general, again, because of the issues of co-morbidity. For example, addictive disorders and intoxication can impede both drug and non-drug treatments for depression or dementia. Depression can impede participation in the group therapy programs for addiction.

Again, you have these challenges of integrating treatments for people who have both addiction and mental health problems. You also have a situation where the programs tend to be better tailored to the needs of younger people than they are to older people, who may need different pacing of the treatment, have had the condition or the alcohol problem longer, have other co-morbid conditions interfering.

A key question in the area of addiction and alcohol treatment for seniors with mental health problems is whether the existing programming for addiction services should be developed to better meet the needs of seniors — including seniors with mental health conditions — or whether we should be stepping back and

Il arrive très souvent que les recommandations concernant les traitements soient contradictoires. Ainsi, d'après les lignes directrices sur les pratiques exemplaires à suivre pour la gestion de la douleur, il faut appliquer une approche psycho-éducative en sorte que les patients deviennent acteurs de leurs soins mais, dans le cas de personnes atteintes de démence avancée, ce genre d'intervention ne fonctionne pas. Les lignes directrices sur la dépression nous disent, par ailleurs, qu'il faut donner davantage la possibilité aux patients d'accéder à des milieux stimulants et à des expériences plaisantes mais que les personnes atteintes d'un déficit motivationnel d'origine neurologique ne peuvent profiter de ce genre de situations.

Il est urgent que nous élaborions des lignes directrices de pointe, fondées sur des données valables, sur des résultats de recherche et sur des pratiques exemplaires en vue de favoriser la mise sur pied de programmes intégrés grâce auxquels nous pourrions traiter la comorbidité constatée dans les cas de troubles mentaux chez les personnes âgées.

Les deux questions véritablement fondamentales sont les suivantes: en quoi la comorbidité courante dans ce segment de population influence-t-elle la mise en œuvre des meilleures pratiques pour le traitement d'états différents? En quoi la comorbidité influence-t-elle la réalisation des résultats envisagés? Autrement dit, que cherche-t-on à accomplir? Quel est l'objectif visé? Comment saurons-nous quand ce que nous faisons donne des résultats optimums en matière de santé mentale pour cette population? Pour l'instant, les praticiens sur le terrain l'ignorent.

Vous avez, par ailleurs, mentionné la question des désordres communs, surtout de la dépendance. Nous savons que la consommation excessive d'alcool est associée à de nombreux autres problèmes dans cette population, notamment à l'isolement social, à la douleur chronique, au risque accru de chutes, à l'aggravation des maladies cardiaques et du diabète. De plus, la violence et la négligence à l'égard des aînés sont associées à la consommation excessive d'alcool. Nous savons que l'ajustement entre les services de santé mentale et les services de toxicomanie en général est précaire, à cause des défis que soulève la comorbidité. Par exemple, les comportements qui entraînent la dépendance et l'intoxication peuvent entraver la participation aux programmes de traitement de la dépression ou de la démence, qu'il y ait ou non médication. La dépression peut gêner la participation à des programmes de groupes de thérapie.

Une fois de plus, il est problématique d'intégrer les traitements qui s'imposent dans le cas de personnes souffrant de problèmes de toxicomanie ou de santé mentale. Il y a également des situations où les programmes sont mieux adaptés aux besoins des jeunes qu'à ceux des personnes âgées, celle-ci pouvant nécessiter un rythme différent. De plus elles peuvent être aux prises avec un problème d'alcoolisme ou un autre depuis plus longtemps et elles peuvent subir des états de comorbidité.

La grande question qui se pose au sujet du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, dans le cas de personnes âgées souffrant de troubles mentaux, est de savoir si les actuels programmes associés aux services de toxicomanie devraient être mieux adaptés aux besoins des personnes âgées — notamment de



redesigning addiction treatments for the elderly within existing geriatric health programs. In other words, where ought we to be positioning addiction treatment programs for the elderly to get the most efficacious treatments?

With respect to the issue of gender differences, gender is well recognized as an issue in the area of caregiving because there are sex differences in the life expectancy. Husbands tends to die younger than their wives, so senior men are more likely to have had a spousal caregiver at home than are senior women. What is really interesting is that, with the changing demographics, more and more people over age 65, have living parents. We are moving into a really interesting new constellation of the "sandwich generation" where you have people who are 65 or 70 years of age perhaps participating in the care of grandchildren, helping their children, and potentially caring for 85 or 90-year-old parents as well. We do not know what that will look like and we do not know what those women will make as their choices when they find themselves increasingly in that situation. That is going to be interesting.

The other issue that is important around gender with respect to developing mental health services is to acknowledge that we do not want to "genderize" health care; we need to look at individuals when developing care plans for individuals, but for health promotion and prevention, we need to recognize that there are gender-based group differences. Men tend to have riskier lifestyles. They are more likely to smoke, drink regularly or in larger amounts, and to adopt self-destructive behaviours in response to emotional turmoil. They are less likely to seek medical assistance and less likely to have social networks to support them. In terms of health promotion and prevention, there are gender differences in the elderly group as in other groups that need to be identified so that those promotion efforts are targeted most effectively.

With respect to the issue of access to and continuity of mental health services, older adults, like everyone else, wait in line to get publicly funded mental health services. As we look at the issue of expanding access, it will be important to include the elderly, and the elderly in nursing homes and long-term care facilities, as well as other segments of the population. However, the significant challenge in the area of access is increasing the interest, readiness and opportunities for mental health providers to work with the elderly, including the most vulnerable components of the elderly population. Right now, that is not the career choice of the majority of mental health providers.

celles souffrant d'états mentaux — ou s'il conviendrait mieux de prendre du recul et de réinventer des traitements spécifiquement axés sur les personnes âgées, dans le cadre des actuels programmes de santé gériatrique. Autrement dit, dans quelle direction devons-nous nous orienter en ce qui a trait aux programmes de traitement de la toxicomanie chez les personnes âgées afin qu'ils soient les plus efficaces possible?

La différence entre hommes et femmes sur le plan de l'espérance de vie constitue un problème bien connu associé à la prestation de soins. Comme les hommes ont tendance à mourir plus jeunes que leur conjointe, il est beaucoup plus probable qu'une conjointe soigne son époux à domicile que l'inverse. Il est particulièrement intéressant de constater que, sous l'effet d'un changement démographique, de plus en plus de personnes de plus de 65 ans ont encore un, voire deux parents. Nous nous acheminons vers une nouvelle constellation tout à fait intéressante, celle de la «génération sandwich» où les gens de 60 ou 70 ans peuvent s'occuper de leurs petits-enfants, pour aider leurs enfants, et d'un vieux parent de 80 ou 90 ans. Nous ne savons pas ce que cela donnera à terme et nous ne savons pas non plus ce que décideront les femmes quand elles se retrouveront de plus en plus nombreuses dans ce genre de situation. Cela promet d'être intéressant.

Il est par ailleurs important, en ce qui a trait à la différence entre les sexes dans l'élaboration de services de santé mentale, d'éviter de conférer un caractère socioculturel aux soins de santé. Nous devons songer à chaque patient dans la formulation des plans de soins de santé mais, pour ce qui est de la promotion de la santé et de la prévention, nous devons reconnaître qu'il existe précisément des différences entre les deux sexes. Les hommes ont tendance à mener un style de vie plus risqué que les femmes. Ils sont plus nombreux que leur compagne à fumer, à boire régulièrement ou en plus grande quantité et à adopter des comportements autodestructeurs en réaction à leurs tourments émotionnels. Ils sont moins susceptibles qu'elles de demander une aide médicale et de pouvoir compter sur des réseaux sociaux de soutien. Il existe donc des différences, entre les groupes de personnes âgées et les autres groupes, dont il faut tenir compte en promotion de la santé et en prévention afin de mieux cibler les programmes de promotion.

S'agissant de l'accès aux services de santé mentale et de la continuité des soins, les adultes âgés, comme tous les autres, sont obligés de faire la queue pour bénéficier de services de santé mentale financés par les deniers publics. Quand nous envisagerons de favoriser l'accès, il sera important d'inclure les personnes âgées, c'est-à-dire celles qui se trouvent dans les foyers de soins et les établissements de soins prolongés, au même titre que les autres tranches de la population. Il demeure que le défi important qui se posera sur le plan de l'accès consistera, chez les fournisseurs de soins de santé mentale qui travaillent au contact des personnes âgées, notamment des éléments les plus vulnérables de cette population, à améliorer le degré d'intérêt, le niveau de préparation et les occasions d'intervention. Ce n'est pas, pour l'instant, un choix de carrière pour la majorité des fournisseurs de soins de santé mentale.



If you take professional psychology as an example, the full spectrum — including clinical, counselling, health psychology, and neuropsychology — is applicable to the needs of seniors. However, there is an urgent need for a concerted effort by the psychology community and other professions with a stake in mental health for the elderly, to strategize with partners in governments, universities, colleges and other training programs, professional regulatory bodies, advocacy groups and members of the lay public to figure out how we will meet the present and emerging mental health needs in the aging segment of the population. If the floodgates opened right now, we probably could not fill all the positions.

With respect to the issue of family and caregiver stress, I want to comment on the issue of stigma — in particular the neglected stigma associated with using long-term care services. We would benefit greatly from a cultural shift that takes a compassionate and pragmatic approach to identifying the best care options for both older people and their family members and allow for dependency, when it is part of the system. Systems that allow for dependency without devaluing people go a long way to improving mental health.

In their later years, older adults probably will need to access a combination of services, including acute care, home care, respite care, long-term care, short-stay admissions and long-stay admissions if they are to have the optimal quality of life possible. We need to move the discussion that is sometimes structured antagonistically on the basis of location of care to a discussion of where are the optimal services provided and how do we best meet complex biopsychosocial needs and how do we accommodate the needs of all members of family and community?

There is a real need for a more equitable acknowledgement of the potentially supportive role of all sectors of the continuum of care.

In summary, I have five recommendations. First, research priorities in the area of seniors' mental disorders should include development of best-practice recommendations focused on treating co-morbidity. Second, informed decisions should be reached as to where and how the needs of seniors with addictions are best met within the health care system. Third, mental health promotion and prevention activities should address gender differences in risk factors, social behaviours and coping patterns. Fourth, stakeholders should work together to increase availability of mental health professionals with expertise and interest in caring for seniors with mental health problems. Finally,

Prenons, par exemple, la psychologie professionnelle. Eh bien, le spectre complet, incluant les aspects cliniques, le counselling, la réhabilitation, la psychologie de la santé et la neuropsychologie, est applicable aux besoins des personnes âgées. Il est urgent que le milieu des psychologues, en collaboration avec d'autres professions ayant un intérêt pour la santé mentale des personnes âgées, déploie des efforts concertés. Ces efforts devront porter sur l'élaboration des stratégies avec des partenaires comme les gouvernements, les universités, les collèges et les autres programmes de formation, les organismes de réglementation professionnelle, les groupes de défense et le grand public afin de déterminer comment nous allons pouvoir répondre aux besoins de santé mentale, actuels et émergents, de la population constituée par les personnes âgées. Même si nous ouvrons immédiatement et tout grand les vannes, nous ne pourrions sans doute pas parvenir à combler tous les postes.

À propos du stress de la famille et des personnes soignantes, je veux vous parler de la question des stigmates, en particulier du stigmate de négligence associé à l'utilisation des services de soins de longue durée. Nous bénéficierions grandement d'un changement de culture allant dans le sens d'une approche plus pragmatique et plus axée sur la compassion et pragmatique afin de recenser les meilleures options de soins pour les personnes âgées et les membres de leurs familles et faire en sorte que tout le monde puisse effectivement dépendre du système. En effet, les systèmes qui autorisent une relative dépendance sans dévaluer les gens contribuent à améliorer énormément la santé mentale.

Dans leurs dernières années de vie, il est fort probable que nombre de personnes âgées doivent bénéficier d'une combinaison de services — allant des soins aigus aux soins à domicile, en passant par les soins de relève, les soins de longue durée, les admissions pour des séjours courts ou séjours longs — afin de leur assurer une qualité de vie optimale. Il faut passer à une forme de soins de santé à domicile plutôt que de soins de longue durée. Le dialogue à cet égard est trop souvent antagoniste. Il faudra désormais mettre l'accent sur l'emplacement des soins, sur la recherche de l'optimisation des services et sur une méthode permettant de répondre aux besoins biopsychosociaux complexes en vue de répondre à tous les besoins des membres de la famille et de la collectivité.

Il est absolument nécessaire de mieux tenir compte du rôle d'appui potentiel que l'on pourrait offrir à tous les secteurs du réseau de la santé.

Pour terminer, j'aurai cinq recommandations à vous adresser. Premièrement, les priorités de recherche dans le secteur des troubles mentaux dont souffrent les personnes âgées devraient inclure la formulation de recommandations concernant les pratiques exemplaires axées sur la comorbidité. Deuxièmement, il faudrait prendre des décisions informées quant à la manière et à l'endroit où les besoins des personnes âgées souffrant de toxicomanie pourront être les mieux comblés par le système de santé. Troisièmement, la promotion de la santé mentale, les activités de prévention et d'intervention devraient être traitées en fonction des facteurs de risque associés au sexe, aux

biases that impede optimal utilization of the full continuum of care should be identified, challenged and eliminated.

**Ms. Venera Bruto, Psychologist, Hamilton Health Sciences Centre:** I would like to thank the committee for inviting me and for considering the importance of mental health services and mental health issues for seniors in discussion of health care delivery.

My comments are from the perspective of a psychologist with practice in clinical neuropsychology — primarily with neurological and medical populations — who also does clinical research. I will focus on issues that have not been raised thus far. Obviously, there will be many overlaps in our comments and I wholeheartedly support the remarks of the previous speakers. I will start by highlighting some numbers that I think require some emphasis.

One of the sets of numbers suggests that there are 188 women to every 100 men between the ages of 65 and 69 and 241 women to every 100 men over the age of 85 years. This has huge implications, not only because the experiences of men and women are different in our society but also because the gender and sex may be a predictor of different outcomes after different kinds of brain injuries such as stroke. The outcomes following stroke may be different in men and women. These differences may have implications for assessment, for diagnostics and for treatment of our senior population.

Another area that I would like to highlight with the increasing aging of our population is the discussion about increases in numbers of Alzheimer's disease, vascular dementia, other kinds of dementia and depression. Another group that requires some underscoring encompasses the cognitive and mental status changes that can occur with medical disorders.

An aging population means increased numbers of individuals with changes in mental status that are secondary to medical disorders, such as heart disease, renal disorders, diabetes and hypertension. These can ultimately result in significant cognitive impairment or dementia.

Delirium or encephalopathy has been observed to be present in approximately 30 per cent of elderly medical patients. Published prevalence rates in hospitalized elderly have ranged from 10 per cent to 40 per cent. Studies suggest that 58 per cent of individuals with heart failure present with episodes of confusion; 77 per cent of individuals with heart failure demonstrated deficit in the ability to perform at least one instrumental activity of daily living; and 53 per cent of these individuals achieve scores on a

comportements sociaux et aux mécanismes d'adaptation. Quatrièmement, les partenaires devraient collaborer en vue d'accroître la disponibilité des professionnels de la santé mentale qui ont de l'expérience et qui ont intérêt à s'occuper des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale. Enfin, les problèmes qui entravent l'utilisation maximale d'un continuum complet de soins devraient être recensés, contestés et éliminés.

**Mme Venera Bruto, psychologue, Hamilton Health Sciences Centre:** Je tiens tout d'abord à remercier le comité de m'avoir invitée et de se pencher sur les problèmes associés à la santé mentale et aux services dans le domaine de la santé mentale pour les personnes âgées, le tout dans le cadre de la prestation des soins.

Je vais adopter le point de vue d'une psychologue qui pratique la neuropsychologie — essentiellement auprès de personnes souffrant de problèmes neurologiques et médicaux — et qui effectue aussi des recherches cliniques. Je me propose de me concentrer sur des questions qui n'ont pas été soulevées jusqu'ici. Nous allons bien sûr beaucoup nous recouper, tous les quatre, dans nos commentaires et sachez que je suis entièrement d'accord avec ce qu'ont dit les témoins précédents. Je commencerai par vous communiquer certains chiffres sur lesquels je pense qu'il convient d'insister.

Tout d'abord, il y aurait 188 femmes pour 100 hommes de 65 à 69 ans et 241 femmes pour 100 hommes dans le groupe des plus de 85 ans. Cette simple donnée est lourde de conséquences, pas uniquement parce que le vécu d'un homme et d'une femme n'est pas le même au sein de notre société, mais aussi parce que la sexospécificité peut être un excellent prédicteur des conséquences de différentes maladies cervicales, comme l'ACV. En effet, les conséquences d'un ACV sur le cerveau peuvent être différentes selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme. Ces différences peuvent avoir des répercussions sur l'évaluation, le diagnostic et le traitement des personnes âgées.

À propos du vieillissement de la population, je me propose aussi de vous parler de l'accroissement du nombre des cas d'Alzheimer, de démence vasculaire et d'autres genres de démence ou de dépression. Il convient aussi de parler un peu des changements d'états cognitifs et mentaux associés à divers troubles médicaux.

Comme la population vieillit, de plus en plus de personnes changent d'état mental à cause de problèmes médicaux comme les problèmes cardiaques, les dysfonctionnements rénaux, le diabète et l'hypertension. Tous ces états peuvent donner lieu à une réduction très marquée des capacités cognitives voire à une démence.

On a constaté que près de 30 p. 100 des personnes âgées qui ont besoin de soins médicaux souffrent de délire ou d'encéphalopathie. Les prévalences annoncées pour les personnes âgées qui sont hospitalisées varient de 10 à 40 p. 100. Les études suggèrent que 58 p. 100 des personnes âgées ayant des problèmes cardiaques présentent des épisodes de confusion; 77 p. 100 d'entre elles ont des déficits dans leur capacité d'effectuer au moins une activité importante dans leur quotidien et 53 p. 100 se classent



brief screening measure of the severity of the dementia within the impaired range. We do not typically think of these kinds of populations as presenting with cognitive impairment but these deficits exist and they are significant in their impact on level of function. They can have implications for the amount of care that the person will require.

Given the relatively high prevalence of cognitive impairment and confusion in seniors with heart failure, the observations of other investigators suggesting that hospital readmission for heart failure is often associated with non-compliance and behavioural factors may have significant implications. The growing numbers of individuals requiring care will challenge individuals, their families and health care systems; will place tremendous demands on specialized mental health services; and will have significant implications for health care economics. Moreover, the effective diagnosis and treatment of these disorders has significant implications for the quality of life of Canadians and has special implications for senior Canadian women. Delirium and depression have been shown to increase medical morbidity, mortality and hospital lengths-of-stay among medical patients. Dementia and stroke are the leading causes of adult disability and entry to long-term care.

There are significant complications that psychological, psychiatric and neuropsychological impairments can pose for the elderly population. There are also significant challenges to diagnoses and treatments in these groups. Lessons learned from younger adults may not be directly applicable to older populations. Older populations are different in many important respects: Our biology is different as we age, the brain changes as we age and our response to medication changes as we age. In addition, we often present with a number of co-morbid conditions such as heart disease, stroke, renal disease, diabetes and chronic pain that can increase illness burden and can complicate diagnosis and treatment.

Our social networks and resources are different as we age. The social system responds to us differently. Family resources, money, social supports and societal expectations are different. We are only beginning to understand the implications of these factors. There can be complex interactions of medical, neurological neuropsychological, psychiatric, psychological and social factors in older adults.

The bottom line is that we cannot simply pretend that the older person is a younger person with wrinkles and silver hair. The age of the person is a significant and important factor in diagnostic

parmi les gens ayant des difficultés de fonctionnement, selon un test qui vise à mesurer la gravité de la démence. En général, on ne pense pas que les personnes appartenant à cette tranche de la population présentent des troubles cognitifs, mais ce genre de déficit existe et il entrave considérablement leur niveau de fonctionnement au quotidien. Cela peut aussi se traduire par un accroissement des soins dont les personnes ont besoin.

À partir de l'incidence relativement élevée de cas de problèmes cognitifs et de confusion chez les personnes âgées ayant eu une crise cardiaque, les observations d'autres enquêteurs donnent à penser que la réadmission en milieu hospitalier pour problème cardiaque est souvent associée à un comportement et à un non-respect des prescriptions médicales, ce qui peut avoir de graves conséquences. Le nombre croissant de personnes ayant besoin de soins va lourdement mettre à contribution les membres de leurs familles et le système de soins de santé; il va imposer des demandes considérables sur les services de soins de santé mentale spécialisés et il aura de lourdes conséquences financières. Qui plus est, le diagnostic et le traitement de ce genre de troubles n'est pas sans répercussion importante sur la qualité de vie des Canadiennes et des Canadiens, surtout dans le cas des Canadiennes âgées. Il est démontré que le délire et la dépression augmentent la morbidité médicale, la mortalité ainsi que la longueur des séjours en milieu hospitalier, chez les patients malades. La démence et l'ACV sont les principales causes d'incapacité chez l'adulte ainsi que d'admission en établissements de soins de longue durée.

Les déficiences psychologiques, psychiatriques et neuropsychologiques chez les personnes âgées peuvent entraîner d'importantes complications. Ces groupes posent aussi des problèmes sur les plans du diagnostic et du traitement. Les enseignements gagnés au contact d'adultes plus jeunes peuvent ne pas être directement applicables aux populations plus âgées. Les personnes âgées sont différentes à bien des égards: notre biologie change avec l'âge, le cerveau change aussi et nos réactions aux médicaments évoluent. En outre, les personnes âgées présentent très souvent des états de comorbidité comme les maladies cardiaques, l'ACV, les troubles rénaux, le diabète et la douleur chronique qui peuvent augmenter le fardeau de la maladie et compliquer le diagnostic et le traitement.

Les réseaux sociaux et les ressources sur lesquels on peut compter varient en fonction du groupe d'âge. Le système social réagit différemment. Les ressources familiales, l'argent, les réseaux de soutien sociaux et les attentes de la société sont également différentes. Nous commençons à peine à comprendre les répercussions de tous ces facteurs. Dans le cas des personnes âgées, nous pouvons nous trouver en présence d'une interaction complexe de facteurs variés: médicaux, neurologiques et neuropsychologiques, psychiatriques, psychologiques et sociaux.

En fin de compte, nous ne pouvons pas simplement prétendre que la personne âgée est un jeune ridé aux cheveux poivre et sel. L'âge d'une personne joue un rôle très important dans

issues and this leads us to questions about continuing education of providers. There is a desperate need for reducing the disparity amongst the skill sets of providers across the system.

The nature of cognitive deficits is often complex and may sometimes be unobservable at office visits. Certain kinds of mental health issues that are present in the elderly are often undetected by clinicians. Detection may require not only knowledge of the phenomena but also specialized evaluation methods and expertise in test interpretation. Interview method and observation may be insufficient.

Another barrier to care is our multicultural and multilingual Canadian society, which brings us much richness but which can sometimes be a barrier when the person that requires consultation speaks one language and the assessor speaks another. We will have to consider this an issue in our policies. The use of translators in the absence of normative standards raises significant difficulties for valid diagnosis.

The kinds of recommendations that are going to be important for this population will have to do with the development of a national agenda for clinical service delivery for seniors. As previously stated, the identification of best practices is complicated by the fact that we are lacking significant research on how to apply treatments and modalities that have been used with younger adults in older populations. For example, in the case of prevention and in the case of behavioural change as a source of prevention, we know a great deal about how to change behaviour and about how to put together treatments for behaviour change in younger populations. There is next to no research on how to put such programs together for older groups that present with co-morbid conditions that complicate treatment. Asking a younger person to participate in increased activity and increased exercise as a way of reducing hypertension and contributing to the overall care of that person's heart and brain health may be one thing in a young person who does not carry chronic pain, osteoarthritis and exercise intolerance due to heart disease and other co-morbid conditions that complicate the behaviour change tremendously.

We also require a national plan for professional education to meet the needs of the population as it ages and perhaps the development of core competencies for each regulated health profession focusing on dementia, encephalopathies, depression and neuro-behavioural changes. This establishment of core competencies will require the coming together of university training programs, professional colleges, regulatory bodies,

l'établissement du diagnostic, ce qui peut nous amener à nous poser des questions à propos de la formation continue des intervenants. Il faut absolument réduire les disparités qui existent sur le plan des compétences entre les intervenants qui participent au système.

La nature des déficits cognitifs est souvent très complexe et elle n'est parfois pas observable lors des visites dans un cabinet de médecin. Il arrive souvent que certains problèmes de santé mentale chez les personnes âgées ne soient pas détectés par les médecins. Leur détection peut exiger non seulement une connaissance du phénomène mais aussi l'application de méthodes et de techniques spécialisées en interprétation de tests. Les méthodes d'entrevue et d'observation peuvent ne pas suffire.

La société multiculturelle et multilingue du Canada peut constituer un autre obstacle aux soins, cette société nous apporte une grande richesse mais elle peut aussi constituer un obstacle quand les personnes qui consultent parlent une langue et que l'évaluateur en parle une autre. C'est un aspect qu'il nous faudra considérer dans nos politiques. Le recours à des interprètes en l'absence de critères normatifs risque d'entraver considérablement l'établissement de diagnostics valables.

Il faudra, pour cette population, recommander la formulation d'un programme national de prestation de services cliniques aux personnes âgées. Comme je le disais plus tôt, le recensement des pratiques exemplaires est compliqué par le fait que l'on n'a pas effectué suffisamment de recherches sur la façon d'appliquer aux populations plus âgées les traitements et les modalités valables pour des personnes plus jeunes. Ainsi, en ce qui concerne la prévention et le changement de comportement pris en tant que sources de prévention, nous avons beaucoup appris sur les populations plus jeunes au sujet de la façon de modifier le comportement et d'appliquer des traitements à cette fin. En revanche, presque aucune recherche n'a été réalisée dans le cas des personnes âgées présentant des états de comorbidité qui compliquent le traitement. C'est une chose que de demander à une personne relativement jeune d'augmenter son niveau d'activité et d'exercice afin de réduire l'hypertension et de contribuer à sa santé cardiaque et cérébrale, quand celle-ci n'a pas de douleur chronique, qu'elle ne souffre pas d'ostéo-arthrite et n'est pas intolérante à l'exercice à cause de problèmes cardiaques ou d'autres états de comorbidité qui compliquent considérablement les traitements visant à modifier le comportement.

Nous avons aussi besoin d'un plan national de formation professionnelle afin de répondre aux besoins de la population vieillissante et nous devrions sans doute élaborer, pour chaque profession de la santé qui est réglementée, un ensemble de compétences de base axé sur la démence, les encéphalopathies, la dépression et les changements neurocomportementaux. L'instauration de telles compétences de base exigera la



professional associations and other stakeholders to support a national plan. Other organizations and groups have worked on similar types of strategies for stroke in the Province of Ontario and could probably provide important information on how to go about developing such plans.

As a psychologist, I am struck with the tremendously few psychologists who actually work in areas that service seniors, even though this professional group has a lot to offer in both diagnostic assessment and in treatment. One of the barriers has to do with some of the issues that Dr. Gibson mentioned with respect to preferences and choice, but there are also some funding barriers for this professional group that require some attention.

Lastly, there is need for research priorities to be set in the area of mental health and age-related brain disorders that focus on cognitive mental status and behavioural changes. Much attention has been paid to cognitive impairment, but just as important and just as disruptive to the quality of life of the individuals affected and their caregivers, both professional and family caregivers, are the neuro-behavioural changes that can occur.

We need to test these best practices and service delivery models. There are a lot of hints that we can get from the current literature, but it will require a certain amount of evaluation and testing to ensure that it actually does apply to the elder population.

**Senator LeBreton:** I just have one question for Mr. Rudin. When you talk about women being affected more by the disease than men, I am interested to know what accounts for that. We know there are more women who are older. Is it because of that, or is just that this disease affects women more? If so, has your research indicated why that would be the case?

**Mr. Rudin:** The research has not indicated exactly why that is the case in terms of the frequency. Certainly in terms of the other aspect, the caregivers, I think it is just the numbers of women and average life expectancy, as well as the social roles that women have traditionally played as caregivers. In terms of the actual prevalence of the disease amongst women, no real answer has been determined just yet.

**Dr. Conn:** I think that is true. One interesting consideration at the moment is the issue of estrogen, female hormones, because there is definitely some evidence that estrogen may protect the brain from degeneration. A number of studies suggest that women who stay on hormone replacement may actually have a lower risk of dementia over the years. That could be a factor. I

mobilisation de programmes universitaires, de collèges professionnels, d'organismes de réglementation, d'associations professionnelles et d'autres intervenants à l'appui d'un plan national. Ces autres organisations et groupes ont travaillé à des types de stratégies semblables dans le domaine de l'ACV en Ontario et ils pourraient sans doute vous fournir des informations très importantes sur la façon de préparer de tels plans.

La psychologue que je suis est frappée par le nombre relativement faible de collègues qui travaillent dans des domaines axés sur les besoins des personnes âgées, même si ce groupe professionnel a beaucoup à offrir en matière d'évaluation du diagnostic et de traitement. L'un des obstacles associés à certains des problèmes mentionnés par le Dr Gibson concerne les préférences et les choix, mais il y a aussi des obstacles au financement pour ce groupe de professionnels qui mérite qu'on lui accorde une certaine attention.

Enfin, il sera nécessaire d'établir des priorités en recherche sur la santé mentale et les troubles qui affectent le cerveau à cause de l'âge, l'accent devant porter sur l'état mental cognitif et les changements comportementaux. On accorde une grande attention aux déficiences cognitives, mais les changements neurocomportementaux potentiels sont tout aussi importants et perturbants pour la qualité de vie des malades et de ceux qui s'en occupent.

Nous devons mettre à l'épreuve ces pratiques exemplaires et ces modèles de prestation de services. La documentation spécialisée actuelle regorge de pistes possibles, mais il nous faudra nous livrer à des évaluations et à des mises à l'essai pour nous assurer que ces constats s'appliquent effectivement à une population de personnes âgées.

**Le sénateur LeBreton:** Je veux poser une question à M. Rudin. Quand vous dites que l'Alzheimer est davantage une maladie de femme que d'homme, j'aimerais savoir sur quoi vous fondez pour l'affirmer. Nous savons que les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes. Est-ce à cause de cela ou est-ce parce que cette maladie touche beaucoup plus les femmes? Dans l'affirmative, vos recherches vous ont-elles permis de déterminer pourquoi?

**M. Rudin:** La recherche ne nous a pas appris exactement pourquoi l'incidence d'Alzheimer est plus élevée chez les femmes. Pour ce qui est de l'autre volet, celui des aidants naturels, on peut simplement dire que la différence est due au nombre plus important de femmes, à leur espérance de vie supérieure à celui des hommes de même qu'au rôle qu'elles ont toujours joué en tant que prestataires de soins. Jusqu'ici, nous n'avons pas encore pu expliquer scientifiquement l'incidence de la maladie chez les femmes.

**D. Conn:** Je crois que c'est vrai. Il existe peut-être une amorce de solutions du côté des hormones féminines, les œstrogènes, parce qu'il est effectivement prouvé que les œstrogènes protègent le cerveau contre des effets dégénératifs. Plusieurs études donnent à penser que les femmes qui suivent des thérapies de remplacement hormonal courent moins de risque de démence

think it is basically the demographics that really dictate why so many more women than men have Alzheimer's disease.

**Mr. Rudin:** As a follow-up, last week results were announced in the *Journal of the American Medical Association* that talked about combination hormone replacement therapy as doubling the risk for women over the age of 65 for Alzheimer's disease and dementia. The good news came in November of last year, and the not-so-good news came about a week or so ago.

**Senator LeBreton:** The ones with just estrogen seemed to do better than the ones with the combination.

**Mr. Rudin:** It was the combination.

**Senator LeBreton:** I wondered if it was biological. There is a different generation of women now, but could it be lifestyle? Women are now in the workforce, but the women who are now really old were not. Is there a kind of social aspect to it? They just did not tax their minds. I am wondering if there is any link there.

**Mr. Rudin:** Not being a physician or scientist, I am on shaky ground. I know of a number of studies that have tried to address those specific issues. The nun study in Minnesota was one where they investigated an order of nuns, and I do not think they found any particular differences amongst those who had led a more active intellectual lifestyle and so on. Those are the aspects that are of significant interest to the scientific community and currently more research is required to determine exactly why it is that those numbers are what they are.

**Ms. Bruto:** There are some hints in the literature that might — in the end — relate to your question, although there is nothing definitive.

There are changes in the way that the brain is organized in males and females. It is true in kids when you look at the normal development, with differences in the development of language skills and visual spatial skills as they grow. Different disorders present differently and the numbers are different in little boys and little girls for things like dyslexia. In adults and in seniors, the differences in brain organization that we have seen in other studies may have some implications for how the brain breaks down when things go wrong. For example, there is some evidence that, in stroke, with similar kinds of lesions in similar places in the brain, the disturbances you see will be different in males and females, so the language impairment following a left hemisphere stroke may be more significant in men than in women.

It may not be that big a leap to look at the role of estrogen and its interaction with coenergetic systems that have been implicated in the development of Alzheimer's disease. There may be differences in how the pathologies present, in addition to the fact that there are more women around and so we see it more frequently.

associé au vieillissement que les autres. Cela pourrait jouer. S'il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes qui sont atteintes d'Alzheimer, c'est sans doute à cause de différences purement démographiques.

**M. Rudin:** Permettez-moi d'ajouter que, la semaine dernière, le *Journal of the American Medical Association* a publié les résultats d'une thérapie combinée de remplacement hormonal et précisé que celle-ci doublait le risque d'Alzheimer et de démence chez les femmes de 65 ans et plus. La bonne nouvelle remonte à novembre de l'an dernier et la moins bonne est vieille d'à peine une semaine.

**Le sénateur LeBreton:** Celles à qui l'on administre simplement des œstrogènes semblent donc avoir moins de problème que celles qui bénéficient d'une thérapie combinée.

**M. Rudin:** Il s'agissait d'une thérapie combinée.

**Le sénateur LeBreton:** Est-ce à cause d'un facteur biologique? Nous avons plusieurs générations de femmes qui se côtoient, et cela pourrait-il être dû à leur mode de vie? Les femmes travaillent de nos jours, mais celles qui sont les plus âgées ne travaillent pas. Peut-on expliquer cela par des causes sociales? Elles ne se sont pas alourdi la cervelle. Je me demande s'il y a un lien ici.

**M. Rudin:** Je ne suis ni médecin ni chercheur, et je suis en terrain inconnu. Je suis au courant de plusieurs études qui ont essayé de répondre à ce genre de problèmes. Au Minnesota, une étude a été réalisée auprès d'une congrégation de sœurs, et je ne crois pas qu'elle a permis de dégager des différences marquées entre celles qui avaient été actives sur le plan intellectuel et les autres. Ce sont là des questions très intéressantes pour les scientifiques et il faudra effectuer davantage de recherches pour expliquer ces chiffres.

**Mme Bruto:** La documentation scientifique propose certaines pistes qui rejoignent votre question, mais il n'y a rien de bien arrêté.

Le vieillissement s'accompagne de changements dans la structure cérébrale des hommes et des femmes. Cela se constate chez les enfants qui se développent normalement, puisqu'ils présentent des différences sur les plans de l'acquisition du langage et de la perception spatiale. Les troubles, comme la dyslexie, constatée chez les garçonnets et chez les fillettes sont différents et le nombre des sujets atteint est également différent. Chez les adultes et chez les personnes âgées, les différences relevées dans l'organisation du cerveau, d'après d'autres études, pourraient expliquer la raison pour laquelle le cerveau arrête de fonctionner quand plus rien ne va. Par exemple, il a été prouvé qu'en cas d'ACV, avec des lésions cérébrales identiques, les perturbations constatées chez les hommes et chez les femmes sont différentes, si bien que les déficiences du langage subies à la suite d'un ACV localisé dans l'hémisphère gauche peuvent être plus importantes chez les hommes que chez les femmes.

Il n'y a pas loin de la coupe aux lèvres pour conclure que les œstrogènes et leur interaction avec les systèmes coénergiques jouent un rôle dans l'apparition de la maladie d'Alzheimer. Il peut y avoir des différences dans la façon dont les pathologies se développent, outre qu'il y a plus de femmes que d'hommes et que nous voyons donc davantage de patientes que de patients.



**Senator Fairbairn:** Has anyone, to your knowledge, done a study on the ability to read and the continuity of reading among older citizens as having a positive effect on keeping the mind active and functioning? I have often found, when visiting some of the long-term care places, a great sadness. With all of the hours to spend and not a lot of visiting, those who still get pleasure out of books seem to be a little more engaged.

**Ms. Bruto:** You are asking a very complicated question. Are those folks who are more likely to get enjoyment out of reading and activities, the ones who are also less depressed? We know that depression is a significant negative impact on adjustment to illness and adjustment to disability. It can have a huge impact on how someone recovers and deals with adversity.

In addition, we know that in the event of Alzheimer's disease or any other kind of brain injury, individuals with higher levels of education have higher intellectual functioning and sometimes these things are correlated with interests such as reading. I do not know of any one who has looked at reading per se, but if you look at some of these correlates, they do have a protective effect. It is a positive thing.

If we manipulated and tried to get people involved in those activities, will it have a beneficial effect? I do not know of any studies that look at that directly. One positive thing is that, even in patients with Alzheimer's disease who have language impairments, reading is one of the later things to deteriorate. It would be something to try the harness if we could.

**Mr. Rudin:** A number of epidemiological studies have tried to address that question. The next jump is to establish the scientific evidence and the reasons for it.

Some investigations suggest that reading and doing crossword puzzles is very positive. It also may well be a metaphor for a number of other lifestyle choices or opportunities that people have had such as higher education, developing a passion for reading, or where they chose to live.

Those are the links where the science becomes important in terms of trying to find out why this seems to be true in numerical studies. However, is there a scientific base for it? The question is a very complicated one. We only have answers thus far that are really very much at the surface.

With your support, we will continue to bore down in terms of the research we have addressed. That is a significant issue that comes out of this. We know a lot less than we would like to know in order to solve these problems.

**Senator Pépin:** Is Alzheimer's disease hereditary?

**Le sénateur Fairbairn:** À votre connaissance, quelqu'un a-t-il cherché à déterminer si la poursuite de la lecture chez les personnes âgées pouvait leur permettre de demeurer alertes sur le plan intellectuel et de fonctionner? En visitant certains établissements de soins de longue durée, j'ai toujours été frappée par la grande tristesse qui y règne. Les heures sont longues pour ces personnes âgées et, en l'absence de visites, celles qui lisent semblent un peu plus alertes que les autres.

**Mme Bruto:** Vous venez de poser une question très complexe. Ceux et celles qui semblent avoir plaisir à lire et à se livrer à certaines activités sont-elles moins susceptibles que les autres d'être déprimées? Nous savons que la dépression est une conséquence négative de l'ajustement à la maladie ou à l'incapacité. Elle peut avoir d'énormes répercussions sur la façon dont une personne va se remettre et faire face à l'adversité.

En outre, nous savons que dans le cas de l'Alzheimer ou de tout autre dommage cérébral, ce sont les personnes qui sont les plus instruites qui fonctionnent le mieux sur le plan intellectuel, facteurs qui sont parfois liés à des aspects comme l'intérêt pour la lecture. Je ne sais pas si quelqu'un a étudié précisément l'importance de la lecture, mais si vous examinez la façon dont ces aspects se recoupent, force est de constater qu'ils ont un effet positif.

Si nous essayions de faire en sorte que ces personnes participent à des activités, cela pourrait-il avoir un effet bénéfique? Je ne suis au courant d'aucune étude ayant examiné cet aspect directement. Ce qui est positif c'est que, même chez les patients atteints d'Alzheimer qui souffrent de déficience du langage, la lecture est une des dernières aptitudes à se détériorer. Il serait toutefois intéressant de cerner la chose, si nous le pouvions.

**M. Rudin:** Plusieurs études épidémiologiques ont cherché à répondre à cette question. La prochaine étape sera d'établir une preuve scientifique et d'en fonder les raisons.

D'après certaines enquêtes, la lecture et les mots croisés ont un effet très positif. Nous sommes aussi peut-être en présence d'une métaphore exprimant plusieurs autres choix et possibilités de mode de vie qui s'offrent aux personnes instruites, qui développent une passion pour la lecture ou qui décident de vivre autrement.

C'est là que la science est importante. Il faut essayer de quantifier nos impressions. Tout cela est-il scientifique étayé? La question est très complexe. Nous n'avons jusqu'ici obtenu que des réponses superficielles.

Grâce à vous, nous pourrions pousser les recherches que nous avons entamées. C'est là un aspect très important qui découle de notre questionnement. Nous n'en savons décidément pas assez pour parvenir à régler ce genre de problèmes.

**Le sénateur Pépin:** L'Alzheimer est-elle une maladie héréditaire?

**Mr. Rudin:** Once again I will defer to Dr. Conn after giving the quick answer. There is a hereditary link in about 10 per cent to 15 per cent of the cases that have been identified. That aspect has been well studied. There is a great deal of good Canadian research that has answered that question.

**Dr. Conn:** It is particularly true for those that develop Alzheimer's disease at a young age. We call it "pre-senile dementia." People who unfortunately develop the disease in their 40s or 50s have a higher rate of a genetic component. There are also some genetic markers that seem to be linked in older people who get Alzheimer's disease. There is a somewhat increased risk genetically, but not the way in which it exists for somewhat younger people.

**Senator Morin:** I would like to address my questions to Dr. Conn. We are always surprised to see the high incidence of depression in old age. The elderly have the highest suicide rate. As you stated, early treatment of depression will cut down the number of suicides. Also, the early diagnosis of Alzheimer's will slow the course of the disease.

I think that you said that about 10 per cent of depressions are well treated in old age, which is much lower than in other age strata. Only 50 per cent of Alzheimer's cases are recognized early.

Would that be a priority for your organization? You are talking about the necessity for national guidelines. You are the people who should be setting these guidelines. You should ensure these clearly worded and easily understood guidelines are circulated throughout the community.

With respect to prevention, is there any good evidence-based prevention that can be used for either of these two conditions or other conditions common in old age? If so, maybe that would be one area where the federal government could be help. The federal government was successful in cutting down the number of smokers. It is a Canadian success story. Canada is now addressing obesity in kids. I am sure it will be effective.

This is another social problem that is widespread, but not as well publicized. If we had specific preventive methods from your group, it would be one area where the federal government could really help.

Finally, I would like to talk about the setting in which these patients are treated. Home care has really not been neglected both by Romanow and our committee. Both committees addressed the issue of acute home care, however, we were careful to not address chronic home care for various reasons. We really took care not to include it in our recommendations. Neither Romanow nor this committee uttered a word about long-term care settings. Yet, these are the settings in which those patients will be increasing.

**M. Rudin:** Je céderai le micro au Dr Conn, après vous avoir donné une brève réponse. Il existe un lien héréditaire dans 10 à 15 p. 100 des cas. Cet aspect a bien été étudié. Il existe beaucoup d'excellentes recherches canadiennes qui répondent à cette question.

**Le Dr Conn:** C'est particulièrement vrai dans le cas de ceux et de celles qui développent la maladie d'Alzheimer de façon précoce. Nous parlons alors de «démence présénile». Les gens qui présentent malheureusement la maladie dans leur quarantaine ou leur cinquantaine sont ceux chez qui l'élément génétique est plus important. Il existe aussi des marqueurs génétiques chez les personnes âgées atteintes d'Alzheimer. La génétique constitue un risque accru chez les personnes âgées, mais pas dans la même proportion que chez les jeunes.

**Le sénateur Morin:** Je vais poser mes questions au Dr Conn. Nous sommes toujours très surpris de voir l'incidence très élevée de dépression chez les personnes âgées. Ce sont elles qui présentent les taux de suicide les plus élevés. Comme vous le disiez, les traitements précoces de la dépression permettent de réduire le nombre de suicides et les diagnostics également précoces d'un Alzheimer peuvent en freiner l'évolution.

Vous avez dit, je crois, que 10 p. 100 environ des dépressions sont bien traitées chez les personnes âgées, ce qui est nettement inférieur à ce que l'on constate dans les autres groupes d'âge. Cinquante pour cent seulement des cas d'Alzheimer sont dépistés assez tôt.

Ce dépistage pourrait-il être une priorité pour votre organisation? Vous avez parlé de la nécessité d'adopter des lignes directrices nationales. C'est vous qui devriez établir ces lignes directrices. C'est vous qui devriez veiller à ce que des lignes directrices bien rédigées et compréhensibles soient diffusées dans votre milieu.

Pour ce qui est de la prévention, savez-vous si des mesures ayant fait leur preuve pourraient être appliquées à ces deux états ou à d'autres états courants chez les personnes âgées? Dans l'affirmative, il est possible que le gouvernement fédéral pourrait vous aider dans ce domaine. Celui-ci est parvenu à réduire le nombre de fumeurs. C'est une réussite canadienne. Le Canada s'attaque maintenant à l'obésité chez les enfants et je suis sûr que ce programme portera fruit.

Il existe un autre problème social très répandu, mais peu connu. Si votre groupe nous proposait des méthodes préventives, le gouvernement fédéral pourrait vraiment intervenir.

Enfin, je veux vous parler des établissements où les patients atteints d'Alzheimer sont traités. Les foyers de soins n'ont pas été négligés ni par Romanow ni par notre comité. Nos deux structures ont parlé de la question des soins aigus à domicile et nous avons veillé à ne pas parler des soins chroniques à domicile pour plusieurs raisons. Nous avons fait très attention de ne pas mentionner ce type de soins dans nos recommandations. Ni la commission Romanow ni notre comité n'a dit un seul mot des établissements de soins à longue durée. Pourtant, le nombre de patients atteints d'Alzheimer va considérablement augmenter dans ce genre d'établissements.



I read in your document that long-term care settings are really mental health institutions — the great majority of patients in those settings have mental health issues. We need a number of recommendations that addresses these two settings. We have to be realistic, of course.

How can we help? What can we do in a concrete way? We were specific in our recommendations regarding acute home care. We need some guidance here in these two areas.

I am a strong believer in role of nurse practitioners. I always felt that they are important in long-term care and both home care. We need nurse practitioners who are familiar with the problems of psychiatric patients and the elderly. There is a shortage of family physicians. We want to involve them in primary care teams.

**The Acting Chairman:** Senator Morin, I think they are trying to absorb all your questions. Perhaps they can answer these and you could then ask other questions.

**Senator Morin:** I am done.

**Dr. Conn:** Thank you for those excellent questions. I know that my colleagues will want to contribute. Perhaps I will start.

**Senator Morin:** I would like that you start because you are the head of the coalition that involves psychologists, nurses and so forth. As president of the coalition that encompasses all the professions and groups that are involved, I would like to have your opinion.

**Dr. Conn:** Thank you. The first question you mentioned related to the whole issue of early diagnosis and how critically important this is in the health care professions in terms of making early diagnosis both in the area of mood disorders, depressions, Alzheimer's and other dementias.

The coalition and the academy want to work in this area to improve the performance of health care professionals across the country. We think that having guidelines in place would be helpful. I struggle with the issue of guidelines versus national standards. In Canada, we tend to be afraid of national standards, but other countries in the world have created standards — that is, expectations — for how services are provided. In Great Britain, they have produced national standards for seniors' mental health care. How well they will be adopted, I do not know. It is an interesting process.

Certainly, we want to go as far as guidelines. We think having a national best practices conference in the near future and setting up a national committee to develop these guidelines would be very helpful.

Dans votre document, vous dites que les établissements de soins de longue durée sont en fait les institutions mentales pour personnes âgées, une grande majorité de patients souffrant de problèmes de santé mentale. Nous devrions formuler plusieurs recommandations en vue d'améliorer la situation de ce côté-là. Bien sûr, nous devons être réalistes.

Comment allons-nous pouvoir vous aider? Que pouvons-nous faire de façon concrète? Nous avons formulé des recommandations très précises relativement aux soins aigus à domicile. Nous comptons sur vos conseils dans ces domaines.

Je suis intimement convaincu de la validité du rôle des infirmières et des infirmiers. J'ai toujours cru qu'ils avaient un important rôle à jouer dans les soins à longue durée et dans les soins à domicile. Nous avons besoin d'un personnel infirmier qui connaisse les problèmes des patients psychiatriques et des personnes âgées. Nous manquons de médecins généralistes. Nous en avons besoin d'un plus grand nombre dans les équipes de soins primaires.

**La présidente suppléante:** Sénateur Morin, je crois que nos témoins sont en train d'essayer d'absorber toutes vos questions et ils devraient peut-être vous répondre à celles-ci, avant que vous n'en posiez d'autres.

**Le sénateur Morin:** J'ai terminé.

**Le Dr Conn:** Merci pour ces excellentes questions. Je suis sûre que mes voisins voudront contribuer à la réponse, mais je me propose de commencer.

**Le sénateur Morin:** Je préférerais que vous commenciez, parce que vous êtes le responsable de la coalition regroupant des psychologues, des infirmiers et infirmières et ainsi de suite. J'aimerais avoir votre opinion, en votre qualité de président d'une coalition regroupant toutes les professions et tous les groupes concernés.

**Le Dr Conn:** Merci. La première question que vous avez posée porte sur toute la question du diagnostic précoce et de l'importance fondamentale de ce genre de diagnostic pour les professions de la santé dans le cas des troubles de l'humeur, des dépressions, de l'Alzheimer et des autres formes de démence.

La Coalition et l'Académie veulent travailler dans ce sens afin d'améliorer la performance des professionnels de soins de la santé partout au Canada. Nous avons adopté des lignes directrices qui devraient être utiles à cet égard. Je m'interroge quant à la valeur de lignes directrices par rapport à des normes nationales. Au Canada, nous n'aimons pas beaucoup les normes nationales, contrairement à d'autres pays qui ont adopté des normes — c'est-à-dire un niveau d'attente — en matière de prestation de services. Les Anglais ont produit des normes nationales destinées à régir les soins de santé mentale prodigués aux personnes âgées. Je ne sais pas dans quelle mesure elles seront mises en œuvre, mais le processus est intéressant.

Nous voulons aller le plus loin possible avec les lignes directrices. Nous pensons qu'une prochaine conférence sur les pratiques nationales exemplaires et l'instauration d'un comité national destiné à formuler les lignes directrices seront des mesures très utiles.

On the positive side, I do think that we are doing a little bit better, in recent years, at diagnosing depression. For years, we talked about the under-diagnosis of depression and how family physicians missed depression all the time. I think family physicians are doing a much better job in recent years, that education has paid off, and we see great progress. The use of antidepressants has increased significantly across all age groups. That is a positive thing. I know the pharmaceutical companies think it is a good thing — but it is a sign we are treating depression.

It is also important to remember that the treatment of depression should not involve just medications, but also psychotherapies and psychosocial treatments, which are often underused in seniors. Sigmund Freud said you could not be analyzed once you hit the age of 40 and that set back psychotherapy for the elderly for a long period of time. We know now there are many therapies that really work, including group therapy. The elderly do well with group therapy.

You also asked questions about the issue of prevention — what could we do in such a critically important area? There is the question of secondary prevention — that is, somebody develops a depression, we treat him or her, but can we prevent him or her from getting depressed again. We have good evidence that secondary prevention works. Some wonderful studies show if you combine antidepressants with psychotherapy, the rates of relapse are dramatically reduced.

Primary prevention is preventing depression from occurring in the first place, or trying to prevent Alzheimer's disease and dementia. We are in the early stages of knowledge in this area. We need more research. However, there are some exciting developments. For example, in what is called "mild cognitive impairment" — that is, people who have the early memory changes but they are still functioning perfectly well — there is a lot of interesting research on whether there are interventions to help those individuals, to prevent the development of more significant problems.

It is an exciting area. It is a critically important area. We need more research.

You also asked about the particular care settings, including the issue of home care, for those with chronic illnesses. That is a tremendously important issue. If you have been discharged from hospital after an operation, it is fairly easy to get some sort of home care. If you are suffering from chronic depression and having trouble managing at home, you are not a priority for most

Pour ce qui est des aspects positifs, je dois dire que ces dernières années nous avons nettement amélioré le diagnostic de la dépression. Pendant des années, nous avons critiqué le fait que la dépression était mal diagnostiquée et que les médecins généralistes passaient systématiquement à côté de ce diagnostic. Je crois pouvoir dire que la situation s'est nettement améliorée du côté des généralistes, ces dernières années et que, leur formation ayant porté fruit, nous avons assisté à des grands progrès. Le nombre de prescriptions d'antidépresseur a augmenté pour tous les groupes d'âge. C'est positif. Les laboratoires pharmaceutiques estiment que c'est excellent et, pour notre part, nous y voyons la preuve que nous nous attaquons aux dépressions.

Il convient aussi de ne pas oublier que le traitement de la dépression ne doit pas être uniquement médicamenteux, mais qu'il doit être assorti de psychothérapies et de traitements psychosociaux que l'on applique rarement chez les personnes âgées. On n'a pas pratiqué la psychothérapie chez les personnes âgées pendant très longtemps à cause de Sigmund Freud qui prétendait qu'une fois passé l'âge de 40 ans, la psychanalyse n'a plus d'effet. Or, il est maintenant prouvé qu'un grand nombre de thérapies donnent des résultats, surtout les thérapies de groupe qui fonctionnent très bien chez les personnes âgées.

Vous avez aussi posé la question de la prévention. Vous vouliez savoir ce que nous pouvons faire dans ce domaine d'une importance cruciale. Sur ce plan, il se pose la question de la prévention secondaire, c'est-à-dire de ce qui se produit dans le cas d'une personne qui devient dépressive, que l'on traite mais que nous ne parvenons pas à sauver d'une dépression secondaire. Nous disposons de données valables indiquant que la prévention secondaire fonctionne. Certaines études prouvent que la combinaison antidépresseur et psychothérapie permet de réduire considérablement le nombre de rechutes.

La prévention primaire consiste à éviter l'apparition de la dépression ou de prévenir la maladie d'Alzheimer ou la démence. Nous en sommes aux balbutiements de la connaissance dans ce domaine. Nous devons effectuer plus de recherches. Il demeure que nous avons déjà réalisé certains progrès très intéressants. Ainsi, on a effectué une recherche très intéressante chez les gens qui présentent ce qu'on appelle une «déficience cognitive légère» — c'est-à-dire qui présentent des troubles de mémoire précoces mais qui continuent de fonctionner parfaitement bien par ailleurs — visant à déterminer quel genre d'interventions permettait d'éviter, chez eux, l'apparition de problèmes plus graves.

C'est un champ d'exploration très intéressant et d'une importance fondamentale dans lequel nous devons effectuer davantage de recherche.

Vous avez aussi posé une question au sujet des lieux consacrés aux soins, notamment aux soins à domicile dans le cas des maladies chroniques. Ce sujet est terriblement important. Il est relativement facile pour une personne récemment opérée de faire sa convalescence à domicile. En revanche, la personne qui souffre de dépression chronique et qui a de la difficulté à fonctionner chez



home care agencies. You are low on the list. The resources are not there. Therefore, we think that it would be money well spent to optimize funding for chronic home care to people aging at home and preventing institutionalization.

You mentioned the issue of long-term care facilities, nursing homes. There are at least 2,000 nursing homes across the country. They are struggling to provide care for individuals with mental illnesses. Behavioural problems, in particular, are a great problem. It was the whole issue of mental health problems in long-term care that got our coalition going in the first place; people from across the country came together and focus on this issue. We have a series of recommendations and much of the initial work of our coalition is focused on trying to improve mental health care in the long-term care facilities.

Finally, in respect of the role of nurse practitioners, I agree that senior nurses can play a critical role in community care and long-term care facilities. We are under-utilizing senior nurses in those roles.

**Mr. Rudin:** I will not address all the issues. I would like to point out that, as the Alzheimer Society of Canada, we do work with the coalition. I think it is important for you to be aware of that.

The issue of early diagnosis, this has been the thrust of much of our work — encouraging people to consult with physicians regarding their concerns about memory loss. Our belief is that the earlier intervention, the better off even though there is no cure.

That particular thrust is really very much a double-edged sword and we have done public opinion work. We find that people will say, “You guys do not know what causes this and how to fix it so why do we want to know?” We get a 50-50 split. We encourage people to go to the physician. They go to the physician, but they do not want to know the diagnosis. That is an issue. When people do present to a physician, I think the numbers have improved dramatically. Alzheimer’s could only be diagnosed at autopsy — which militates against early intervention and so on. I believe that physicians are telling us that the acuity of the diagnosis is about 80 or 90 per cent through psychological testing as well as some of the imaging technology, which looks at the functioning in the brain and can see the disease occurring. The reason — without being cute or smart about it — is that the earlier people seek help, the earlier it is possible to put them on the few medications that are available.

In terms of the issue of prevention, there has been exciting work done out of the United States. There was a vaccine that was available for a limited time. It did get to phase 2 clinical trials where it was determined there was toxicity associated with the vaccine. Interestingly, when people who had been on the vaccine

elle n’est pas une priorité pour la plupart des organismes de soins à domicile. Elle est très bas sur la liste. Il manque de ressources. Ce faisant, nous croyons qu’il faudrait investir plus d’argent pour donner davantage de soins chroniques à domicile dans le cas des personnes âgées et d’éviter leur institutionnalisation.

Vous avez mentionné la question des établissements de soins de longue durée, des foyers de soin. On recense au moins 2 000 foyers de soins au Canada qui ont tous beaucoup de difficultés à s’occuper de personnes atteintes de maladie mentale. Les troubles du comportement leur posent un problème tout particulier. C’est d’ailleurs à cause de tous les problèmes que pose la santé mentale dans les établissements de soins à longue durée que notre coalition a été formée, des Canadiens d’un peu partout s’étant regroupés pour se consacrer à cette question. Notre coalition a formulé un ensemble de recommandations et elle s’est consacrée à l’amélioration des soins de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée.

Enfin, pour ce qui est du rôle du personnel infirmier pratiquant, je suis tout à fait d’accord avec ce qui a été dit au sujet du rôle fondamental que les infirmières pourraient jouer auprès des personnes âgées dans le cadre de soins communautaires et dans des établissements de soins de longue durée. Nous sous-utilisons le personnel infirmier dans ces rôles.

**M. Rudin:** Je ne vais pas traiter de tous les aspects dont vous avez parlés, mais je tiens à signaler que la Société Alzheimer du Canada collabore avec la coalition. Je crois qu’il est important que vous le sachiez.

Le diagnostic précoce est au cœur de l’essentiel de notre action, puisque nous cherchons à inciter les gens à consulter leur médecin dès qu’ils éprouvent des problèmes de perte de mémoire. Nous sommes convaincus que plus l’intervention est précoce et mieux le patient s’en ressent, même s’il n’est pas possible de le guérir.

Ce mode d’intervention est un couteau à double tranchant, raison pour laquelle nous avons sondé l’opinion publique. Les gens nous ont dit: «Si vous ne savez pas ce qui cause cette maladie ni comment la guérir, alors à quoi sert-il de savoir qu’on en est atteint?» Nous avons obtenu une répartition 50-50. Nous incitons les gens à aller leur médecin. Ils y vont, mais ils ne veulent pas connaître le résultat du diagnostic. C’est un problème. Je crois que les statistiques sont considérablement améliorées dans le cas des personnes qui consultent leur médecin. L’Alzheimer ne peut être diagnostiqué qu’à l’étape de l’autopsie — ce qui va à l’encontre d’une intervention précoce. Les médecins nous affirment que les diagnostics sont précis à 80 ou 90 p. 100, grâce aux tests psychologiques et à des technologies d’imagerie permettant d’analyser le fonctionnement du cerveau et de dépister l’apparition de la maladie. Si les statistiques s’améliorent c’est que plus tôt les gens consultent et plus tôt il est possible de leur prescrire les médicaments disponibles qui permettent de ralentir l’évolution de la maladie.

De très intéressantes découvertes ont été faites aux États-Unis sur le chapitre de la prévention. Les Américains ont mis au point un vaccin dont on a entendu parler pendant un certain temps mais qui a été retiré après que des essais cliniques de phase 2 eurent déterminé qu’il était toxique. On s’est cependant rendu compte,



passed away, they could see that the vaccine had worked. Some of the conditions in the brain that were causing the Alzheimer's disease and the destruction of the cells were actually starting to reverse. That is very encouraging news in terms of stimulating more work in that particular area.

On the issue of home care, we, as a society, believe that long-term home care is significantly important and that the recommendations of Romanow report and your committee do not go far enough to be of assistance to the people about whom we are concerned. A well-structured, consistent program across the country is vital. We do not believe we can create enough facilities to look after the increasing numbers of people who will require service.

As I indicated in my remarks, half of the people who currently suffer from Alzheimer's disease and the related dementias are residing in the community. As those numbers grow, we cannot keep pace with creating facilities to be able to provide service. There is no question that a carefully conceived, comprehensive program of home care for people with these long-term requirements is necessary. I know the coalition, as well as other initiatives in government, are looking at how some of these things might be structured. Right now, we have an inconsistent fabric across the country, depending on the jurisdictions, where some are very well developed and others are almost nonexistent. We encourage that this be pursued aggressively.

I think it is dangerous to make the assumption — although we do — that keeping people out of facility can offset some of the costs of home care. The problem with that is we are not going to close any facility beds when we do that. It is really an incremental cost, but it is one that is probably well worth the investment.

**Ms. Bruto:** I would like to make a couple of comments about prevention. When people think about memory impairments and whether they should see their family physician, they may be concerned that they will get a diagnosis of early Alzheimer's disease. Some people do not see that as a positive thing. They want to delay that news. However, there are other reasons why people can have memory impairments and changes in mental status that are reversible. It is important to put the detection of these problems up front and centre, along with these other disorders of dementia and depression.

There is some evidence to suggest that best way to maintain your brain function is to treat hypertension — that that is the single most serious thing in terms of producing cognitive decline. Therefore, you might not want to get the news because you think it will be bad news, but there may be things that can be done. The early detection and prevention message is an important one to get out there to both clinicians and the population.

après avoir pratiqué des autopsies sur les personnes vaccinées qui étaient décédées, que ce vaccin avait fonctionné. Les cellules qui s'étaient détruites sous l'effet de la maladie d'Alzheimer avaient commencé à se reconstituer. La nouvelle est très intéressante et elle a donné lieu à une relance de la recherche dans ce domaine.

Du côté des soins à domicile, il faut dire que notre société estime que les soins à domicile de longue durée sont très importants et que les recommandations contenues dans le rapport Romanow et celles formulées par votre comité ne vont pas assez loin pour aider les personnes concernées. Il est vital d'offrir à l'échelle du pays un programme bien structuré et uniforme. Nous ne croyons pas être en mesure de créer suffisamment d'établissements qui pourraient s'occuper du nombre croissant de personnes ayant besoin de tels services.

Comme je l'ai dit dans mes remarques liminaires, la moitié des personnes actuellement atteintes d'Alzheimer et de démence connexe résident dans leur collectivité. Comme ce nombre augmente, nous ne pouvons pas maintenir le rythme en créant des installations adaptées pour offrir les services voulus. Il est indéniable qu'il faut absolument adopter un programme complet et soigneusement conçu de soins à domicile à l'intention des patients ayant besoin de traitements de longue durée. Je sais que la coalition de même que le gouvernement, par le biais de certaines initiatives, cherchent à structurer une telle intervention. Pour l'instant, les programmes offerts un peu partout au Canada ne sont pas vraiment uniformes puisqu'on constate des variations d'une province ou d'un territoire à l'autre, certains services étant très au point et d'autres étant inexistantes. Nous encourageons la poursuite déterminée de ce genre de programmes.

Je crois dangereux de supposer — mais nous le faisons tout de même — que le fait de ne pas institutionnaliser les patients va nous permettre d'atténuer une partie des coûts associés aux soins à domicile. Le problème tient au fait que nous ne fermerons jamais de lits pour autant. Il s'agit d'un coût supplémentaire qui vaut sans doute l'investissement.

**Mme Bruto:** Je voulais vous formuler deux ou trois remarques au sujet de la prévention. Quand les personnes craignent souffrir de troubles de la mémoire et qu'elles se demandent si elles doivent ou non consulter, elles peuvent avoir peur qu'on diagnostique chez elles les signes avant-coureurs de la maladie d'Alzheimer. Pour certains, cela n'a rien de positif. Certains pourront vouloir retarder la nouvelle. Toutefois, il y a d'autres raisons pour lesquelles les gens peuvent souffrir de troubles de la mémoire et de changements d'états mentaux qui sont tout à fait réversibles. Il est donc très important que la détection de ces problèmes ainsi que de la démence et de la dépression soient une priorité.

Certaines constatations scientifiques permettent de penser que la meilleure façon de maintenir le fonctionnement cérébral consiste à traiter l'hypertension, qui est la principale cause de déclin des capacités cognitives. Ainsi, une personne pourra craindre qu'on lui apprenne une mauvaise nouvelle, mais passer à côté d'un diagnostic qui pourrait corriger un autre état. Il est important d'insister auprès des médecins et auprès de la population sur le fait que la détection et la prévention sont très importantes.



**Ms. Gibson:** It is important that, in the focus on prevention, we do not lose sight of health promotion. A lot of the things that can be done in the psychosocial, lifestyle and environmental domain potentially will decrease your chances of getting Alzheimer's or other chronic conditions are things like staying involved, being intellectually active, reading, developing long-term interests that keep you engaged in life post-retirement. These are tremendously beneficial for health and well-being of people in general. It is important that a number of these issues get focused in terms of health promotion. They will have beneficial spin-off effects in terms of illness prevention for some conditions.

The risk is that, if it is presented the other way, people become focused on doing all these things that would be for their own benefit anyway because they do not want to get Alzheimer's or other conditions. It is a negative spin. I think the health promotion piece is really important, and the prevention piece should be a component fit into that.

The other piece about long-term care is that many people will not survive without long-term care facilities. Their families will not survive without long-term care facilities — and they do not admit their loved ones into them without tremendous soul searching and trauma. You work with a 75-year-old spouse who finally has to admit her husband because she cannot manage him at home any more. This is not a happy day.

It is extremely important for the well-being of society — seniors and their families, in particular — that we are careful not to frame the long-term/home care discussion in the context of failure. A person has not failed if she or he needs long-term care; a family has not failed if it can no longer keep its loved ones at home. Failure is not what is happening with these people.

You certainly do not want to create a two-tiered system, where optimal care and optimal perceptions of how you are caring for the elderly members of your family are tied into keeping them at home and using home care services; and that long-term care is the "poor cousin" that most of us would try to avoid. That is not a realistic portrayal of how it is out there for people. It is important that any discussion of home care and long-term care is phrased in terms of the needs and the benefits each segment of the health care continuum can provide, and that it is not couched in those other stigmatizing languages.

The other important thing with long-term care in terms of developing health care services is that, unlike any other component of the health care continuum, long-term care is people's home. In our long-term care facilities, we not only provide health care; we provide people with a home. They live there. We are their neighbours. We are also their care providers; their peers become their family. There is an element about long-

**Mme Gibson:** Quand on parle de prévention, il est très important de ne pas perdre de vue la promotion de la santé. Nombre d'interventions sur les plans psychosocial, du mode de vie et de l'environnement peuvent diminuer les risques de contracter l'Alzheimer ou de souffrir d'autres états chroniques, comme le fait de demeurer alerte, actif sur le plan intellectuel, de lire et de développer des intérêts à long terme pour demeurer actif après la retraite. Toutes ces mesures sont extrêmement bénéfiques sur les plans de la santé et du bien-être. Il est important de recentrer plusieurs de ces aspects sur le plan de la promotion de la santé. Ces actions ne peuvent avoir que des retombées bénéfiques en matière de prévention de certaines maladies.

En revanche, on court le risque que, si les choses sont présentées d'une autre façon, les gens n'entreprennent tout ce qu'il faut faire pour ne pas contracter l'Alzheimer ou d'autres maladies. C'est là une retombée négative. Il est très important, je crois, de faire la promotion de la santé et d'y rajouter un élément axé sur la prévention.

Il faut par ailleurs préciser que nombre de patients ne survivraient pas sans les établissements de soins de longue durée. Les familles, quant à elles, ne parviendront pas à s'en sortir sans ce genre d'établissement et ce n'est pas sans s'être beaucoup interrogées et sans subir d'énormes traumatismes qu'elles y font admettre leurs proches. On se retrouve face à des femmes de 75 ans qui doivent se résoudre à placer leurs époux parce qu'elles ne peuvent plus s'en occuper à domicile. Cette décision n'a rien de réjouissant.

Nous devons veiller, pour le bien-être de la société — c'est-à-dire des personnes âgées et de leurs familles en particulier — à ne pas aborder la discussion sur les soins à domicile et les soins de longue durée dans le contexte d'un échec. Il n'y a pas d'échec dans le cas d'un patient ayant besoin de soins de longue durée, il n'y a pas d'échec familial quand il n'est plus possible de maintenir l'être cher à domicile. Les gens qui se retrouvent dans ce genre de situations ne sont pas face à un échec.

Nous ne voulons certainement pas créer un système à deux vitesses où l'idée que l'on se fait des soins optimaux dispensés à des membres âgés de la famille correspond à un maintien à domicile et au recours à des services de soins à domicile, les soins de longue durée étant le «parent pauvre» que beaucoup d'entre nous veulent éviter. Cela décrit mal la réalité des personnes concernées. Il faut absolument que toute discussion sur les soins à domicile et les soins de longue durée s'articule autour des besoins et des avantages que peut procurer chaque élément du système de soins de santé et il faut se garder de toute description favorisant la stigmatisation.

Il ne faut pas non plus oublier que, contrairement à ce qui se passe dans le cas des autres volets des soins de santé, que c'est chez eux que les gens reçoivent les soins de longue durée. Dans nos établissements de soins de longue durée, nous ne faisons pas que dispenser des soins, puisque nous offrons aussi un foyer à ces patients. Ils résident sur place. Nous sommes leurs voisins. Nous sommes aussi leurs prestataires de soins, leurs pairs, leurs familles.

term care that is over and above what you experience in any other component of the health care system that needs to be accounted for in order to develop effective planning.

**Senator Cook:** Thank you for a very comprehensive presentation. I come from Newfoundland where the challenge of the delivery of health, no matter what form, we would say is a challenge and a half.

Mr. Rudin, you did say a moment ago that neither Romonow nor this committee went far enough. It is fair to say, from all committee members, that when we got into our study that was the realization. That is why we are here this afternoon — we have several studies and we realize we did not go far enough.

With respect to Dr. Conn, who talked about the fragmentation of service and support in relation to a national action plan. I would prefer the word “standard” to support that, rather than guidelines. I am interested in hearing from you as to what role telehealth would play, given the fact that has been part of the primary care delivery in my province for a long time because of the geography and other complexities.

I would also like you to comment on the basic care. I did not hear the word “nutrition” from either of you, and I am interested in that challenge when you are dealing with the elderly, specifically those who are still living at home. I am also interested in medication; if your memory is poor, what factors can come into play to mitigate that?

Lastly, I see a great role here for public health that can certainly provide the optimum care that our people deserve and that we should, as a government, be giving them. How would you comment on that?

**Dr. Conn:** Thank you for those important questions. The first question is about telehealth, which is an area of interest of mine. I think it has tremendous potential. Certain provinces like Newfoundland have been international leaders in the development of telehealth. Many other Canadian provinces have also played a major role. My own province, Ontario, has been a little bit slower to realize the wonders and benefits of telemedicine, but we are finally getting on board now.

I actually spend every Wednesday afternoon doing consultations to the far northwest of Ontario. It is so far away from Toronto that they are in a different time zone. I have been doing that over the last year and I find it remarkably rewarding. I think that the health care professionals at the distant sites, and the clients and their families seem to appreciate it. It works very well

Il existe, en matière de soins de longue durée, un élément qui va bien au-delà de ce que l'on constate dans le cas des autres volets des soins de santé, élément dont il faut tenir compte afin d'appliquer une planification efficace.

**Le sénateur Cook:** Merci pour votre exposé très complet. Je viens de Terre-Neuve où les défis en matière de prestation de services de santé, sous quelle que forme que ce soit, sont particulièrement importants.

Monsieur Rudin, il y a un instant, vous avez dit que ni la commission Romanow ni ce comité n'étaient allés assez loin dans leurs recommandations. Pourrais-je me permettre de dire, au nom de tous les membres du comité, que nous nous sommes effectivement rendu compte de cela au moment où nous avons entamé notre étude. Voilà pourquoi nous nous retrouvons ici cet après-midi, parce que nous avons effectué plusieurs études et que nous nous sommes rendu compte que nous n'étions pas allés assez loin.

Docteur Conn, vous avez parlé du problème de la fragmentation des services et de l'appui à un plan d'action national. Personnellement, je préférerais que nous parlions de «normes», plutôt que de «lignes directrices». J'aimerais que vous nous disiez quel rôle devrait jouer la télémédecine, selon vous, étant donné qu'elle fait partie depuis longtemps de l'ensemble des moyens déployés pour assurer des soins primaires dans ma province, à cause de la géographie des lieux et d'autres difficultés.

Je voudrais que vous nous disiez quelques mots aussi des soins de base. Personne n'a parlé de nutrition et j'aimerais savoir les problèmes que vous rencontrez à cet égard chez les personnes âgées, surtout chez celles qui vivent encore à domicile. Parlez-moi aussi de médicaments. Comment atténuer les pertes de mémoire chez quelqu'un?

Enfin, j'estime que la santé publique pourrait certainement assurer les soins optimaux que méritent les Canadiennes et les Canadiens et que notre gouvernement se doit de leur dispenser. Qu'en pensez-vous?

**Le Dr Conn:** Merci pour ces questions importantes. Parlons tout d'abord de la télémédecine, domaine qui m'intéresse. Je suis convaincu de son potentiel. Certaines provinces, comme Terre-Neuve, sont des chefs de file internationaux dans la mise au point de la télémédecine. De nombreuses autres provinces canadiennes ont aussi joué un rôle marquant sur ce plan. Ma province, l'Ontario, a été un peu plus lente à prendre acte des avantages que présente la télémédecine, mais nous sommes en train de nous y mettre.

Je passe tous les mercredis après-midi à offrir des consultations à des patients qui se trouvent très loin dans le nord-ouest de la province. Ils sont très loin de Toronto, au point d'être dans un autre fuseau horaire. J'offre ce genre de consultations depuis un an et je trouve l'expérience très stimulante. Je pense que les professionnels des soins de la santé, dans les sites éloignés, ainsi



in mental health because most of what we do is talk to people. The assessment generally involves communication interaction. With the new technologies, it is very good.

Some people would say that seniors would not adapt to that or be able to cope with something like that. Everyone is used to the television by now and it is just like talking to the television. It also works well from an educational standpoint. Some of the sessions in which I am involved involve direct patient assessments, but many involve indirect consultations with staff, or educational sessions.

The potential for reaching out to rural and underserved areas is very great. I know that the federal government has been instrumental in the development of telehealth through Canada Health Infostructure Partnerships Program, CHIPP grants. Continued investment in telehealth in the geriatric field could be beneficial.

Nutrition is a fascinating area. There is no question that, to some degree, we are what we eat. Poor nutrition can be very common in the elderly. It can occur with virtually any mental health problem. Depression is a good example as are dementia and Alzheimer's disease. When people are emotionally unwell, they are not able to look after themselves and ensure that they eat properly. Of course, when you are depressed you lose your appetite. It is a critically important area.

You can become deficient in vitamins. We know that certain vitamin deficiencies such as vitamin B12 deficiency can actually cause an Alzheimer's-like picture. One of the things we have to do when investigating for the possible reversible dementias is a blood test for vitamin B12 and folate. Nutrition is a key issue. As physicians, we often do not pay enough attention to nutrition. That is something that must be emphasized. It is a critical part of looking after an individual.

You also mentioned the important issue of compliance — we use the term “adherence” now — with prescribed medications. For individuals who have memory disturbance it is a great challenge, obviously, to remember when you took which of the 10 different medications you are supposed to take. There are now devices that help people organize themselves such as dosette boxes that can be very helpful. However, they are only part of the answer. Sometimes families help out a great deal in helping individuals to remember. Some individuals are stubborn and will tell you they know exactly when to take their

que les clients et leurs familles apprécient beaucoup cette technique. Elle donne d'excellents résultats dans le domaine de la santé mentale parce que tout ce que nous avons à faire, c'est à parler avec le patient. En général, l'évaluation exige une interaction entre personnel traitant et patient. Grâce aux nouvelles technologies, cette interaction est excellente.

Certains vous diront que les personnes âgées ne peuvent pas s'adapter à ce genre de technologie. Pourtant, tout le monde regarde la télévision de nos jours et la télémedecine revient à parler à un écran de télévision. Elle fonctionne aussi très bien pour éduquer et informer les gens. Dans certaines séances auxquelles j'ai participé, j'ai été appelé à évaluer directement les patients, mais nous tenons aussi de nombreuses consultations indirectes, par l'intermédiaire du personnel, ou de séances d'information.

L'expansion des services dans les régions rurales et mal desservies donne d'excellents résultats. Je sais que le gouvernement fédéral a joué un rôle de premier plan dans la mise au point de la télémedecine, grâce aux subventions du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé, le PPICS. Le maintien de l'investissement en télémedecine, dans le domaine de la gériatrie, pourrait donner d'excellents résultats.

La nutrition est un autre domaine fascinant. Il est certain que, jusqu'à un certain point, nous sommes ce que nous mangeons. Il est fréquent que les personnes âgées souffrent de malnutrition. C'est d'ailleurs le problème de base que l'on constate chez presque tous les patients atteints de troubles mentaux. La dépression, la démence et la maladie d'Alzheimer en sont de bons exemples. Les personnes souffrant de troubles émotionnels ne sont pas capables de s'occuper d'elles-mêmes et de bien manger. Les gens déprimés perdent leur appétit, et la nutrition est donc un domaine qui revêt une importance déterminante.

Les patients peuvent présenter des carences vitaminiques. Nous savons, par exemple, que certaines carences vitaminiques, comme en vitamine B12, peuvent donner lieu à un tableau s'apparentant à l'Alzheimer. Quand nous cherchons à déterminer les traitements à mettre en œuvre dans le cas de démence réversible, nous effectuons des analyses sanguines pour déterminer les niveaux de B12 et d'acide folique. La nutrition est donc très importante. Les médecins ne se soucient généralement pas assez de cette question. Nous allons devoir insister davantage sur la nutrition, parce qu'elle est un élément essentiel des soins à conférer à une personne.

Vous avez aussi parlé de la question très importante de la conformité au traitement et nous parlons plutôt maintenant d'observance thérapeutique. L'observance thérapeutique est particulièrement difficile dans le cas des personnes souffrant de trouble de la mémoire, puisqu'il leur est difficile de se rappeler quand elles doivent prendre leurs 10 médicaments dans la journée. Il existe maintenant des dispositifs qui permettent aux gens de s'y retrouver, comme les boîtes de dosettes. Il ne s'agit-là cependant que d'une partie de la solution. Parfois, les membres de la famille aident beaucoup les patients à se rappeler. Certains sont

medications, but they do not. That is a great challenge. Home care services can help a lot with a nurse going in to help individuals organize themselves.

I certainly agree that the potential role for public health is very important. Any community-based services that can provide case managers, for example, to the elderly living in their homes, can make a huge difference.

I appreciate your questions.

**Senator Roche:** I thank all the witnesses for their excellent testimony.

Dr. Conn, would you tell us a bit about the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health? I see a very distinguished group of professionals on your board and steering committee and I see your objectives. When did it start and how do you operate?

**Dr. Conn:** It is a relatively new organization. We were born in April 2002. We had a national conference in Toronto on gaps in mental health services for seniors with a focus on long-term care facilities. We had excellent participation from about 90 organizations from across the country. It was a very exciting meeting. We used an interesting concept called "open space," which allows complete interaction for two days. Everyone at the meeting can create an issue and then create a room for discussion of that issue. It involved maximum participation of individuals from across the spectrum — consumers, professional associations and so forth. By the end of the meeting, it was clear that we needed to have a national coalition to work on these issues and there was unanimous agreement to move ahead with that.

We were fortunate to have support from Health Canada in the development of this conference and subsequently in the creation of the coalition.

**Senator Roche:** Financial help?

**Dr. Conn:** Ultimately we applied to the Population Health Fund for a grant and were successful in obtaining it.

**Senator Roche:** Do you have an office?

**Dr. Conn:** No, not really.

**Senator Roche:** Do you have an executive director?

**Dr. Conn:** We have a program director. Shelly Haber is a wonderful person who has helped to move things forward.

It was the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry that moved things forward initially. We funded this health care consultant, who is a wonderful person. It was the initial funding from our academy that got things rolling.

têtu et maintiennent qu'ils savent exactement quand ils doivent prendre leur médicament, alors que ce n'est pas le cas. Le défi est de taille. Les services de soins à domicile peuvent beaucoup aider, grâce à un personnel infirmier qui assiste les patients afin qu'ils s'organisent.

Je suis tout à fait d'accord sur le fait que le système de santé publique a un rôle très important à jouer. Les services communautaires, qui peuvent dépêcher des gestionnaires de soins, par exemple, auprès de personnes âgées résidant encore à domicile, peuvent vraiment changer les choses.

J'ai beaucoup aimé vos questions.

**Le sénateur Roche:** Merci aux témoins pour leurs excellents témoignages.

Docteur Conn, pourriez-vous nous parler un peu de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées? Je constate que votre conseil et votre comité directeur est composé de tout un aréopage de professionnels de la santé et je vois ici quels sont vos objectifs. Quand avez-vous été créé et comment fonctionnez-vous?

**Le Dr Conn:** Il s'agit d'une organisation relativement récente, puisqu'elle a été créée en avril 2002. Nous avons tenu une conférence nationale à Toronto sur les lacunes constatées dans le domaine des services de santé mentale pour personnes âgées, surtout dans le cas des établissements de soins de longue durée. Près de 90 organisations de partout au Canada ayant pris part à l'événement, nous estimons qu'il a été réussi. La réunion fut très intéressante. Nous avons appliqué le concept dit «espace ouvert», qui nous a permis une interaction complète pendant deux jours. Chaque participant a été invité à imaginer un dossier auquel nous avons réservé un temps de discussion. Nous avons optimisé la participation de tout le monde, des clients aux associations professionnelles en passant par les autres. À la fin de la réunion, nous avons conclu qu'il fallait mettre sur pied une coalition nationale afin de travailler sur ces questions et nous avons unanimement convenu qu'il fallait agir dans ce sens.

Nous avons eu le bonheur de bénéficier de l'appui de Santé Canada dans l'organisation de cette conférence, puis dans la mise sur pied de la coalition.

**Le sénateur Roche:** Un appui financier?

**Le Dr Conn:** Nous avons fini par faire une demande au Fonds pour la santé de la population et obtenu une subvention.

**Le sénateur Roche:** Avez-vous un bureau?

**Le Dr Conn:** Non, pas vraiment.

**Le sénateur Roche:** Avez-vous un directeur général?

**Le Dr Conn:** Nous avons une directrice de programme, Shelly Haber, qui est une personne merveilleuse et qui nous aide beaucoup.

Au début, c'est l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique qui s'est occupée de tout. C'est l'Académie qui a payé pour le salaire de cette conseillère en soins de santé, qui est une personne merveilleuse. C'est grâce au fonds initialement versé par l'Académie que nous avons pu mettre tout cela en place.



**Senator Roche:** The Canadian Coalition for Seniors' Mental Health started, as you said, in 2002. Is this recognition of the growing level of knowledge and concern by professionals on seniors' mental health issues?

**Dr. Conn:** Yes, without a doubt. We are most fortunate to have on our steering committee representatives from 12 national organizations. We are also fortunate that we were able to obtain some funding from industry for our work.

**Senator Roche:** In the structural sense, would you be capable of implementing any kind of education programs if we were to recommend more such programs?

**Dr. Conn:** I think we would. We have representation from all the important associations and organizations. We could achieve a lot, with some support.

**Senator Roche:** Mr. Rudin, would you tell me the difference between dementia and Alzheimer's? Am I wrong to think that dementia is much more common in the mental illness field than is Alzheimer's? Does one lead to the other?

**Mr. Rudin:** No. Alzheimer's disease is one of the dementias, but there are a number of others. There is vascular dementia, Pick's disease, frontal-lobe dementia, et cetera. Alzheimer's disease is the most frequently occurring. Of the number I gave of 360,000 Canadians, approximately three-quarters are suffering from Alzheimer's disease, but that is only one of the dementias. Dementia is the general category and Alzheimer's disease is a specific diagnosis within the category.

**Senator Roche:** Is the incidence of Alzheimer's disease and dementia increasing?

**Mr. Rudin:** Yes, sir.

**Senator Roche:** There must be a natural increase because the number of seniors is increasing, but is the incidence of the illness itself increasing?

**Mr. Rudin:** Both the incidence and the prevalence are increasing. The numbers of people getting the disease and the demographics that are driving the disease are compounding the problem.

**Senator Roche:** Leaving the demographics aside, with regard to the incidence and prevalence of the disease itself, what are the main factors in society that are producing this in seniors?

**Mr. Rudin:** I wish I could give you an answer, senator, as to exactly what they are. It is a very complicated disease. There are certainly genetic factors. There may well be environmental factors that cause the disease. However, much of the research work being done right now is trying to answer to those questions so that we can either avoid or prevent the illness.

**Le sénateur Roche:** La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées a été créée, comme vous l'avez dit, en 2002. Faut-il y voir une reconnaissance du niveau croissant de connaissance et de préoccupation des professionnels de la santé dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées?

**Le Dr Conn:** Sans aucun doute. Nous avons beaucoup de chances de compter à notre comité directeur des représentants de 12 organisations nationales. Nous avons aussi la chance de pouvoir compter sur des fonds de l'industrie.

**Le sénateur Roche:** Sur le plan structurel, pourriez-vous mettre en œuvre des programmes d'éducation et d'information si nous en faisons la recommandation?

**Le Dr Conn:** Je pense que oui, parce que nous comptons des représentants de toutes les associations et organisations importantes. Moyennant un certain appui, nous pourrions faire beaucoup.

**Le sénateur Roche:** Monsieur Rudin, pouvez-vous m'expliquer la différence entre la démence et la maladie d'Alzheimer? Ai-je tort de penser que la démence est beaucoup plus répandue que la maladie d'Alzheimer? Est-ce que l'une débouche automatiquement sur l'autre?

**M. Rudin:** Non. La maladie d'Alzheimer est une forme de démence, mais il y en a bien d'autres. Il y a la démence vasculaire, la maladie de Pick, le syndrome frontal et ainsi de suite. La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente. Près des trois quarts des 360 000 Canadiennes et Canadiens atteints d'une forme ou d'une autre de démence, les trois quarts souffrent de la maladie d'Alzheimer. La démence est la catégorie générale, tandis que la maladie d'Alzheimer est un diagnostic particulier.

**Le sénateur Roche:** L'incidence de l'Alzheimer et de la démence est-elle en augmentation?

**M. Rudin:** Oui, monsieur.

**Le sénateur Roche:** Cela peut s'expliquer à cause de l'augmentation du nombre de personnes âgées, mais l'incidence de la maladie elle-même est-elle en augmentation?

**M. Rudin:** L'incidence et la prévalence sont en augmentation. Le nombre de personnes atteintes de la maladie et les données démographiques qui expliquent la maladie ne font que compliquer le problème.

**Le sénateur Roche:** Oublions pour un instant les données démographiques et dites-moi quels sont les principaux facteurs, en ce qui concerne l'incidence et la prévalence de la maladie elle-même, qui sont à la source de ce problème chez les personnes âgées.

**M. Rudin:** J'aurai espéré pouvoir vous dire quels facteurs entrent en jeu, sénateur. Nous avons à faire à une maladie très compliquée. Il y a bien sûr des facteurs génétiques. Il peut aussi y avoir des facteurs environnementaux. Quoi qu'il en soit, une grande partie du travail de recherche actuel consiste à essayer de répondre à ces questions pour que nous puissions éviter ou prévenir la maladie.

**Senator Roche:** With regard to the gender question, it is correct that the incidence of these illnesses in females is higher than in males? Yet, Ms. Gibson — who I will come to in a moment — said that you find much more self-destructive behaviour among males than females. Can you say, as a general statement, that men take less care of themselves than women because of the kind of behaviour men get into? How do you relate the fact that the incidence is higher among women but men take less care of themselves?

**Mr. Rudin:** I can only answer the numerical part that says that there are more women than men and women, on average, live longer than men. In terms of the destructive behaviour and the related science, I will leave it to my learned colleagues to deal with because I do not know.

**Ms. Gibson:** We do not actually know yet to what extent "taking care of oneself" will prevent Alzheimer's. We do not think self-destructive behaviour prevents Alzheimer's; we are not going that route. We do not know the extent to which the more self-care, healthy behaviours are preventative. The self-destructive behaviours tie into the higher suicide rates for men and older men. In response to emotional turmoil or crisis, you will see higher rates of depression among women and higher rates of suicide among men.

**Dr. Conn:** Regarding suicide, which is an interesting statistic, it seems as though men, when they get very depressed, often do not seek out help. They do not talk to anyone. They find it harder to admit that they have a psychological problem. Moreover, when men become suicidal, they tend to choose more lethal approaches to a suicide attempt. Thus, they are more likely to choose hanging or a weapon of some kind, whereas women are more likely to take an overdose — perhaps a small overdose.

**Senator Roche:** Would you agree, doctor and other members of the panel, that we might be able to perform a service here in our report by putting a spotlight on the growing incidence of mental illness in senior citizens? This is an interesting example that Ms. Gibson gave about the "sandwich" generation — she said there are 65 to 70-year-olds caring for their parents. This is a new phenomenon facing society. Perhaps we have not thought enough about it. I will leave it there. I hope that we will be able to think about it a bit in our report.

**Ms. Gibson:** Once you do realize that that is what is happening, it becomes interesting. In long-term care, you cannot take the question: "Do you have a living parent?" off of the admission forms because it is quite possible to have people admitted to your long-term care facility who have parents in a long-term care facility.

**Le sénateur Roche:** Pour ce qui est de la question de la sexospécificité, peut-on affirmer que l'incidence de ces maladies est supérieure chez les femmes que chez les hommes? Pourtant, Mme Gibson — à qui je m'adresserai dans un instant — nous a dit que les hommes présentent des comportements beaucoup plus autodestructeurs que les femmes. Pourrait-on dire, de façon générale, que les hommes s'occupent moins d'eux-mêmes que les femmes, à cause précisément du genre de comportement qu'ils affichent? Comment expliquez-vous que cette incidence soit supérieure chez les femmes, tandis que les hommes prennent moins bien soin d'eux-mêmes?

**M. Rudin:** Je ne pourrai vous répondre qu'à l'aspect quantitatif de votre question en vous disant qu'en moyenne les femmes vivent plus longtemps que les hommes et qu'elles sont beaucoup plus nombreuses que ceux-ci. Quant aux questions de comportement destructif et de science connexe, je vais laisser à mon éminent collègue le soin de vous répondre, parce que je ne le sais pas.

**Mme Gibson:** Nous ne savons pas encore dans quelle mesure le fait de «s'occuper de soi» permet d'éviter l'Alzheimer. Nous ne pensons pas que les comportements autodestructeurs préviennent l'Alzheimer, nous n'irons pas aussi loin. Nous ne savons pas dans quelle mesure le fait de s'occuper davantage de soi et d'afficher des comportements sains peut permettre d'éviter la maladie. Les comportements autodestructeurs expliquent les taux de suicide plus élevés constatés chez les hommes et chez les hommes âgés. On constate une augmentation du taux de dépression chez les femmes et du taux de suicide chez les hommes en réaction à des crises ou à des bouleversements émotionnels.

**Le Dr Conn:** Il est assez intéressant, sur le plan statistique, qu'il est très rare que les hommes demandent de l'aide quand ils sont très déprimés, ce qui peut expliquer leur taux de suicide. Ils ne parlent à personne. Ils trouvent très difficile d'admettre qu'ils ont des problèmes psychologiques. Qui plus est, quand un homme est suicidaire, il a tendance à choisir des méthodes beaucoup plus radicales dans une tentative de suicide. Par exemple, il est plus susceptible de se pendre ou d'utiliser une arme quelconque, tandis que les femmes opteront pour des surdoses, même si elles sont faibles.

**Le sénateur Roche:** Docteur, et vous mesdames et messieurs du panel, est-ce que nous vous rendrions service si nous faisons ressortir le problème de l'incidence croissante de la maladie mentale chez les personnes âgées? Mme Gibson nous a donné un exemple très intéressant en parlant de la génération «sandwich», quand elle nous a dit qu'il s'agit de personnes de 65 à 70 ans qui s'occupent de leurs parents. C'est un nouveau phénomène auquel notre société se trouve confrontée. Nous n'y avons peut-être pas assez réfléchi. Je vais m'arrêter là. J'espère que nous pourrions y réfléchir un peu dans notre rapport.

**Mme Gibson:** Dès qu'on se rend compte que c'est ce qui se passe, les choses deviennent intéressantes. Dans les établissements de soins de longue durée, il n'est pas question de supprimer des formulaires d'admission la question «Avez-vous un parent vivant?», parce qu'il est tout à fait envisageable que des personnes admises dans ce genre d'établissement aient elles-mêmes des parents dans une institution de ce type.



**Senator Cook:** Given the governance of this country, how would you see the delivery of a national action plan, given that health is delivered by the provinces and conceivably a national program could come from the federal system? It will be important to us.

**Dr. Conn:** The challenge of having a national action plan for mental health and mental illness is that the delivery of health care, as you say, is a provincial and territorial exercise. The federal government can play a critical role in establishing national standards and guidelines to which, we would hope, the provinces would adhere. To make it a successful enterprise, the provinces and territories would have to be involved in the process.

Many of my colleagues in other national organizations, such as the Canadian Psychiatric Association, and the Canadian Association of Mental Illness and Mental Health are very supportive of the idea of a national action plan. Our coalition would certainly support that. We are aware of the fact that there are logistical difficulties. I do not have the answer to that question, senator. We need experts who have an understanding of the Canadian political process who could help us to navigate those waters.

**Senator Cook:** It would have to happen would be through a first ministers' health conference or something like that. For it to be truly national and delivered, everyone will have to sign off on it. I see that as a challenge.

**Sénateur Léger:** Ms. Gibson, you said that 80 to 85 per cent of seniors are well. Are there enough research and studies being done on wellness? Is 80 to 85 per cent of the funding for research done on seniors who are well? Perhaps they have some suggestions about what to do. I am not talking about brain disorders — that is another field.

When we say "mental health" and you talk about depression, et cetera, are there enough studies being done on wellness? Why are they well? Can they continue in the same vein?

**Dr. Conn,** if I understood well, 80 per cent of those affected in mental health are in institutions. My conclusion, therefore, is that the problem is the institution.

The last question is in the field of Ms. Bruto. With regard to cultural and linguistic differences, that is crucial. Is enough research and importance being put there?

**Ms. Gibson:** There is increasing recognition of the importance of studying successful and healthy aging. One significant effort in that regard is the Canadian Longitudinal Study on Aging being launched by the Institute of Aging of the Canadian Institutes of Health Research. This study is under design as we speak and will be targeted at following cohorts of older people, aging people

**Le sénateur Cook:** À la façon dont notre pays fonctionne, comment envisagez-vous la mise en œuvre un plan d'action national, étant donné que la santé est de responsabilité provinciale et qu'un programme national émanerait, par définition, du gouvernement fédéral? Ce sera très important pour nous.

**Le Dr Conn:** Le problème que pose l'application d'un plan d'action national dans le traitement des maladies mentales est la prestation de soins de santé dans le domaine, puisque, comme vous l'avez dit, tout cela relève des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle fondamental en établissant des normes et des lignes directrices nationales auxquelles, nous l'espérons, les provinces adhèreraient. Pour que l'exercice aboutisse, il faudra que les provinces et les territoires soient invités à participer au processus.

Plusieurs de mes collègues d'autres organisations nationales, comme l'Association canadienne de psychiatrie et l'Association canadienne de maladies et de santé mentale appuient tout à fait l'idée d'un plan d'action national. Notre coalition y serait aussi favorable. Nous sommes conscients de l'existence de difficultés d'ordre logistique. Je n'ai pas de réponse à cette question, sénateur. Nous devons faire appel à des spécialistes qui comprennent le processus politique canadien afin qu'ils nous aident à naviguer dans ces eaux.

**Le sénateur Cook:** Pour cela, il faudrait organiser une conférence des premiers ministres sur la santé ou quelque chose du genre. Pour que l'exercice soit vraiment national et mis en œuvre par tout le monde, il faudrait que toutes les provinces et tous les territoires y adhèrent. Je pense que ce sera difficile.

**Le sénateur Léger:** Madame Gibson, vous avez dit que 80 à 85 p. 100 des personnes âgées sont en bonne santé. A-t-on effectué assez de recherches et d'études sur le bien-être des personnes âgées? Est-ce que 80 ou 85 p. 100 du financement est consacré à la recherche sur les personnes âgées qui sont en bonne santé? Ces gens-là auraient peut-être des idées à nous communiquer. Je ne parle pas ici de problèmes cérébraux, parce que c'est autre chose.

Quand nous parlons de «santé mentale» et que vous parlez de dépression et autres, êtes-vous certain que suffisamment d'études ont été effectuées sur le bien-être des personnes âgées? Pourquoi ces personnes-là sont-elles bien? Pourront-elles continuer à l'être?

**Docteur Conn,** si je comprends bien, 80 p. 100 des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont en institution. J'en conclus donc que le problème est celui des institutions.

Ma dernière question touche au domaine de Mme Bruto. Les différences culturelles et linguistiques sont fondamentales. A-t-on effectué suffisamment de recherche et a-t-on suffisamment insisté sur cet aspect?

**Mme Gibson:** On prend de plus en plus acte de l'importance qu'il y a d'étudier les personnes qui vieillissent bien et en bonne santé. L'une des initiatives importantes qu'il convient de mentionner à cet égard est l'Étude longitudinale sur les personnes âgées lancée par l'Institut du vieillissement des instituts canadiens de recherche en santé. Cette étude est en



over the next 20 years to start to get answers to those questions. That is a hugely significant step and commitment to the point of view that the demographics are such that we now are going to age; therefore, we better get a handle around what aging well means.

There is a bit of a split between a focus on healthy and “successful aging” and a focus on illness that has been somewhat problematic because there is an assumption that people who have Alzheimer’s, for example, are automatically excluded from the ranks of “healthy” agers.

Therefore, we will have to look at the issue of what is healthy and successful aging with chronic illness for the segment of the population who have chronic illness that we do not yet know how to prevent or cure: people who have Alzheimer’s; who require long-term care services for reasons such as chronic pain conditions; and who have developmental disabilities such as Down Syndrome and are now aging. We do not want to set up the standard that successful aging consists of being as much like a 45-year-old as possible. The standard has to consist of something in and of itself as a developmental stage that people are moving into. We have to broaden our understanding of what successful aging is so that we allow those segments of the population who do not have everything going for them as they move into their older years to also experience the best possible quality of life.

There is a good body and push of research to develop the prevention and treatment of illnesses such as Alzheimer’s that affect the elderly. That research extends to understanding healthy aging. There is a need for research and conceptualization to bridge the gap between those two so that we don’t have a group of aging seniors who fall between the cracks — services for the healthy aging and health promotion services for the people who have obvious disabilities.

**Senator Léger:** I thought that if one qualified as a “healthy ager,” then one does not need much help.

**Ms. Gibson:** You do not; it is wonderful. However, we do not want to say that these people who are doing wonderfully are the gold standard and these people who are not doing well will receive all of our efforts for treatment. We must understand what it means to age successfully and the optimal quality of life possible for those who are developing cognitive impairments or chronic illnesses or those who fit somewhere between the two groups. For example, they do not fit in a certain “group” because they do not golf, however they are also not completely impaired. What about that group? I would say that they are the neglected segment of the population right now in terms of research interest.

cours d’élaboration et elle sera ciblée sur les cohortes de personnes âgées, de personnes qui vieilliront au cours des 20 prochaines années afin d’essayer de répondre aux mêmes questions que celles que vous avez posées. Il s’agit-là d’une mesure et d’un engagement considérables envers le constat suivant: l’évolution démographique au Canada confirme que la population vieillit et que nous ferions mieux de savoir exactement ce que signifie le fait de vieillir bien.

Il y a une légère opposition entre, d’un côté, l’insistance placée sur un vieillissement en bonne santé et, de l’autre, celle mise sur la maladie, situation qui est relativement problématique parce qu’on part de l’hypothèse que les personnes souffrant d’Alzheimer, par exemple, doivent être automatiquement exclues du nombre des personnes âgées en «bonne santé».

Nous devons donc déterminer ce qui constitue un vieillissement en santé dans le cas de personnes souffrant de maladies chroniques pour lesquelles nous ne connaissons pas encore de remède: ceux qui souffrent d’Alzheimer, ceux qui ont besoin de services de soins de longue durée pour des états associés à des douleurs chroniques, par exemple, et ceux et celles qui souffrent de troubles comportementaux, comme le syndrome de Down. Nous ne voulons pas dire que le fait de vieillir sans problème doit consister à ressembler le plus longtemps possible à une personne de 45 ans. La norme établie doit tenir compte des étapes du développement que nous franchissons dans une vie. Nous devons mieux comprendre ce que constitue le fait de vieillir dans de bonnes conditions afin de permettre aux segments de la population qui n’ont pas tout pour eux de vieillir de façon à connaître la meilleure qualité de vie possible.

Nombre de recherches ont été entreprises afin d’élaborer des traitements et des programmes de prévention dans le cas de maladies comme l’Alzheimer qui affectent les personnes âgées. Cette recherche vise aussi à mieux comprendre la notion de vieillissement en bonne santé. Il faudra continuer d’effectuer de telles recherches et d’émettre des concepts afin de jeter un pont entre ces deux réalités pour éviter qu’un groupe de personnes âgées soit laissé pour compte et pour qu’il soit possible d’offrir des services à ceux et à celles qui vieillissent en bonne santé. Nous devons faire la promotion de la santé auprès de ceux et de celles qui présentent des handicaps évidents.

**Le sénateur Léger:** J’aurais pensé que la personne âgée «en bonne santé» n’aurait pas eu besoin de beaucoup d’aide.

**Mme Gibson:** Si vous n’avez pas besoin d’aide, c’est merveilleux. Toutefois, on ne peut affirmer que ceux qui se portent bien représentent la norme idéale tandis que les autres bénéficieront de toutes nos attentions sur le plan des traitements. Il faut savoir ce que signifie exactement le fait de bien vieillir, avec une qualité de vie optimale, dans le cas des personnes souffrant de déficience cognitive ou de maladie chronique, ou encore de celles qui sont à cheval entre les deux groupes. Quelqu’un, par exemple, pourrait ne tomber dans aucune des deux catégories parce qu’elle ne pourra pas jouer au golf, même si elle n’est pas complètement handicapée. À quel groupe appartiendrait-elle dès lors? Je prétends qu’elle se retrouverait dans le segment de population actuellement négligé par la recherche.



**Senator Léger:** I was thinking of common sense. In the old days, there was the patriarch and the matriarch. Today, it is all about society. It is a social issue and that is crucial.

**Ms. Gibson:** Another significant component of this situation is that this is the first time in society that significant numbers of people have reached older ages. We have actually never experienced this before. It is one thing to have a patriarch/matriarch when few reach that age; it something else when so many get there to find out how society will balance that. We do not know yet.

**Dr. Conn:** With regard to the question about 80 per cent, my point was that there is a particularly high prevalence of mental illness in long-term care facilities — up to 80 per cent. In the community, there is also a great deal of mental illness but the rates would be much lower — probably in the range of 20 per cent. For many mental illnesses, the prevalence is similar in younger people. Rates of depression, for example, among seniors living in the community are roughly the same as with younger people. If you go into the long-term care facility, the incidence of depression is very high. That was my point. Certainly, in the community, there is a great deal of mental illness and dementia, as Mr. Rudin mentioned. The whole problem is not in the institutions but there is a big problem in the institutions.

**Senator Léger:** May I have your comments on cultural and linguistic differences?

**Ms. Bruto:** The cultural and linguistic barrier is a huge problem for detection of difficulties that relate to depression, anxiety and cognitive problems. The problem rests in terms of understanding the context and the cultural issues. It is not as simple as finding out about how these things express themselves in the country of origin. The reason for that is often, when these individuals come to Canada and become Canadians, they are no longer like they were in their country of origin. They are also not like the others within the mosaic. They are in a unique place in that they have one foot in two cultures. That presents important challenges in trying to diagnose some of these mental health issues. That speaks to only the cultural issues.

The problems are further compounded by the linguistic barrier that can exist between the clinician and the individual who is seeking clinical service. Trying to assess whether someone is within normal limits for memory, mood, affective tone and level of agitation when you do not understand the normative base, is extremely difficult. It is more difficult when you cannot obtain the information directly from the patient and you have to rely on the translators and interpreters. The use of interpreters is one area where there is a literature, and the rest is based on clinical experience. The literature suggests that if you are to use a

**Le sénateur Léger:** Ma remarque ne tenait qu'au bon sens. Jadis, il y avait le patriarche et la matriarche. Aujourd'hui, tout tourne autour de la société. C'est un problème social fondamental.

**Mme Gibson:** L'autre élément fondamental tient au fait que c'est la première fois dans l'histoire qu'un aussi grand nombre de personnes parvient à un âge avancé. Nous n'avons jamais connu ce phénomène auparavant. C'est une chose que de tenir compte des patriarches et des matriarches quand il n'y en a pas beaucoup, mais il faut savoir comment la société va s'adapter à leur nombre grandissant. Nous ne le savons pas encore.

**Le Dr Conn:** Pour ce qui est des 80 p. 100, je voulais dire que la prévalence des maladies mentales dans les établissements de soins de longue durée est particulièrement élevée, puisqu'elle peut atteindre 80 p. 100. Au sein des collectivités, on dénombre également un grand nombre de maladies mentales, mais les taux sont nettement moindres, puisqu'ils oscillent sans doute dans les 20 p. 100. Pour bien des maladies mentales, la prévalence est la même chez les personnes jeunes. Les taux de dépression, par exemple, chez les personnes âgées qui continuent à vivre dans leur collectivité, est à peu près la même que chez les personnes plus jeunes. Dans les établissements de soins de longue durée, l'incidence de la dépression est très élevée. C'est cela que je voulais dire. Il est certain que, dans les collectivités, on dénombre énormément de maladies mentales et de démence, comme M. Rudin le disait. Le problème n'est pas uniquement concentré dans les établissements, mais il y est très important.

**Le sénateur Léger:** Pouvez-vous me dire ce que vous pensez des différences culturelles et linguistiques?

**Mme Bruto:** Les obstacles culturels et linguistiques sont un énorme problème sur le plan de la détection des difficultés associées à la dépression, à l'anxiété et aux déficiences cognitives. Il est question de comprendre le contexte et les problèmes culturels. Il ne s'agit pas simplement de déterminer comment ces phénomènes s'expriment dans le pays d'origine. C'est parce que, très souvent, les personnes qui viennent au Canada et qui deviennent canadiennes sont différentes de ce qu'elles étaient dans leur pays d'origine. D'un autre côté, elles ne ressemblent pas non plus aux autres composantes de notre mosaïque. Elles sont, en quelque sorte, assises entre deux cultures. Cela pose le problème très délicat du diagnostic des problèmes mentaux. Voilà pour ce qui est uniquement des problèmes culturels.

La chose se complique à cause des obstacles linguistiques pouvant exister entre le médecin et le patient qui requiert des services cliniques. Il est extrêmement difficile d'évaluer une personne afin de déterminer si elle se situe dans les limites normales sur les plans de la mémoire, de l'humeur, du ton affectif et du niveau d'agitation, quand on ne comprend pas la base normative. Il est beaucoup plus difficile de le faire quand on ne peut recueillir les informations voulues directement du patient et qu'il faut s'en remettre à des traducteurs et à des interprètes. On fait appel à des interprètes quand on traite un cas répertorié et que

translator or interpreter, your chances of being wrong go up significantly. That is a huge problem.

**Senator Léger:** I hope that it is being discussed because we are experiencing more and more immigrants each year.

**Ms. Bruto:** The best we can do now is to try to utilize clinicians who speak that language. It is a very poor second best.

**Senator Fairbairn:** I have a couple of observations. I was taken with the notion that perhaps now is the first time that the elders in our family are actually reaching the age of seniority when a great many of these illnesses occur. In the days of pioneer folks — who would have passed away much earlier in life — we were not accustomed to such illnesses.

In your document, Dr. Conn, you speak to ageism and that people mistakenly believe that these health problems are normal in older people and that there nothing can be done about it. Then you speak to the stigma. We have heard much about that word throughout these meetings: stigma. The stigma may relate to the individual who knows something is going wrong, but not wanting to speak up; stigma on the part of the family who feel shame; or stigma within the care system where people's preference is to not deal with long-term care facilities or others that deal with this.

I have been steeped in communications throughout my life. It seems that we have so many opportunities available to us to cut through some of this. All of us around this room have had personal experiences that touch us in these hearings.

We must help people to understand the reality of individuals getting these different cognitive diseases — at varying ages, perhaps. That is critical to advancing. How do we do that? What effect would it have on the people who are being treated?

I will use my experience as an example. My mother was one of those matriarchs who did last to have these things. She passed away when she was just pushing 93. She was a daughter of a pioneer. In her latter years, she had many disappointing events, and they were all given different names: Hardening of the arteries; maybe dementia; Alzheimer's — not particularly because that was the time when you had to find that out with autopsy.

In retrospect, I did not understand well enough what was happening. If I had understood better, I would have been able to help her, help other people in my family and even help myself respond a little better and find ways to help and find assistance. That is the same kind of questioning that I am sure goes on many people's minds and hearts when they are trying to deal with this in their home or in a long-term care facility.

l'on se fonde sur son expérience clinique pour le reste. La documentation spécialisée indique que si l'on doit recourir à un traducteur ou à un interprète, on risque beaucoup de se tromper qu'autrement. C'est un énorme problème.

**Le sénateur Léger:** J'espère que vous en parlez, parce que nous accueillons un nombre grandissant d'immigrants, année après année.

**Mme Bruto:** Le mieux que nous puissions faire est de mettre à contribution des médecins pouvant parler la langue. Mais c'est un pis-aller.

**Le sénateur Fairbairn:** J'ai deux ou trois remarques à faire. J'ai été surpris par l'idée que, sans doute pour la première fois de notre histoire, les personnes âgées de nos familles parviennent à un âge caractérisé par un grand nombre de maladies de ce type. À l'époque des pionniers — quand les gens décédaient beaucoup plus jeunes — nous ne connaissions pas vraiment ces maladies.

Dans votre document, docteur Conn, vous parlez d'âgeisme et du fait que les gens croient à tort que les problèmes de santé sont normaux chez les personnes âgées et qu'il n'y a rien à faire à ce sujet. Puis, vous parlez de stigmatisation. Nous avons beaucoup entendu ce mot lors de nos réunions. Les stigmates peuvent être rattachés à la personne qui sait que quelque chose ne va pas, mais qui ne veut pas s'exprimer. Il y a aussi le stigmate que l'on trouve dans la famille qui a honte ou le stigmate au sein du système de santé, les gens préférant ne pas se retrouver dans des établissements de soins de longue durée ou autres.

Toute ma vie, j'ai baigné dans les communications. On dirait que nous avons énormément d'occasions qui nous sont offertes pour régler ce problème. Tous ceux et celles qui sont assis ont connu des expériences personnelles qui se sont rappelées à eux à l'occasion de ces audiences.

Nous devons aider les gens à comprendre la réalité de ceux et de celles qui souffrent de maladies cognitives différentes — peut-être à des âges différents. C'est là quelque chose de fondamental pour progresser. Comment y parvenir? Quel effet cela pourrait-il avoir sur les personnes actuellement traitées?

Je vais me fonder sur ma propre expérience à titre d'exemple. Ma mère était une matriarche qui a vécu assez vieille pour souffrir de tous ces maux. Elle arrivait sur ses 93 ans quand elle est décédée. Elle était la fille d'un pionnier. Dans ses dernières années, elle a connu de nombreux problèmes de santé: durcissement des artères, démence, Alzheimer — ce qui n'est pas certain parce qu'à l'époque, seule l'autopsie permettait de confirmer ce diagnostic.

En rétrospective, je dois dire que je n'ai pas compris ce qui s'est passé. Si j'avais été plus au courant, j'aurais pu l'aider, aider les autres membres de ma famille et même m'aider personnellement à réagir un peu mieux et à trouver une façon de réclamer une aide extérieure. C'est exactement le même genre de questions que bien des gens se posent, j'en suis certaine, quand ils essaient de composer avec ce genre de situation chez eux ou dans un établissement de soins de longue durée.



With all the advantages in communications that we have, what can the coalition do to get the story out? How can you let people know that there are certain ways of making things better? However, should those fail, there are a lot of better ways of coping to the advantage, particularly for the person who is finding his or her life becoming more disjointed. I am wondering if all of you might have a thought on that.

**Mr. Rudin:** The issue of stigma was the focus of our last awareness campaign because, as I indicated — and as you have articulated — this is a huge problem.

We emphasized education in the awareness piece that we have done over the years. The education focused on the frequency of the disease and the message that there are avenues through which people can find help. We were promoting the services of organizations like the coalition — the availability of self-help groups, support groups and physicians that have particular areas of expertise.

There is also a broad range of information. People can look things up on the Web site or in the information that we publish. We have information on areas that perhaps people want to know about but are afraid to ask. They can access this information with a certain degree of privacy and anonymity. Our focus was awareness, the provision of information, and also the provision of information about where help was available.

There is also the fact that tremendous numbers of people are struggling with these issues and that we understand the issues are surrounding their fears. We are trying to allay them through those means that I mentioned. It is a very difficult question. Having said all those kinds of things, I do not believe for one moment that people say, “Oh, that takes care of the stigma; I feel fine about it right now.”

If we had a cure on the horizon, I think the stigma — at least in the Alzheimer's and dementia community — would be easier than that for some of the other issues that you have heard about. It really is through awareness, education and the availability of resources.

**Senator Fairbairn:** How strong are your troops in the field? Appreciating everything you are saying about your campaign and using electronic communication to get your message out, how many people do you have on the ground who are in a position to get out and talk to various groups directly on the kinds of things that you have been able to talk to us about today?

**Mr. Rudin:** There is our office, which is the federal organization. Then there are provincial societies and within the provinces, there are 140 chapters and support groups in the various municipalities across the country — some as large as Toronto, Montreal, Vancouver and some that are in very small communities where they meet in church basements or in caregivers' homes. That is what we are doing as a society.

Quand on songe à tous les moyens de communication, je me demande ce que pourrait faire la coalition pour communiquer l'information? Comment pouvez-vous faire savoir aux gens qu'il existe des moyens pour améliorer les choses? Comment leur dire que, si ces moyens échouent, il existe de bien meilleures façons de faire face aux difficultés, surtout dans le cas d'une personne qui devient incohérente. Je me demandais si vous aviez réfléchi à tout cela.

**M. Rudin:** Le problème des stigmates a été le point central de notre dernière campagne de sensibilisation parce que, comme je le disais — et comme vous l'avez si bien présenté — il s'agit-là d'un énorme problème.

Au fil des ans, nous avons insisté sur la notion d'éducation et d'information. Nous avons mis l'accent sur la fréquence de la maladie et sur le fait que les gens peuvent se prévaloir de l'aide qui existe. Nous avons fait la promotion des services offerts par des organisations comme la Coalition — l'existence de groupes d'aide, de groupes de soutien et de médecins qui travaillent dans un domaine bien particulier.

Il existe aussi toute une gamme de produits d'information. Les gens consultent notre site Web ou les informations que nous publions par ailleurs. Nous donnons des renseignements sur des aspects que les gens veulent connaître mais à propos desquels ils craignent poser des questions. Ils peuvent accéder à cette information en tout anonymat et dans le respect de leur vie privée. Nous devons insister sur la sensibilisation et sur la communication d'information concernant l'aide disponible.

Par ailleurs, un nombre incroyable de personnes sont aux prises avec ce genre de problème et nous comprenons les raisons de leurs peurs. Nous essayons de les alléger en mettant en œuvre les moyens que j'ai indiqués. Votre question est délicate. Après vous avoir dit tout cela, je ne pense pas un seul instant que les gens se disent: «Voilà qui règle les stigmates, je sens que tout va bien à présent».

Si un remède se présentait à l'horizon, je crois que les stigmates — du moins dans le cas de l'Alzheimer et de la démence — seraient bien plus faciles à éliminer que dans d'autres domaines dont vous avez entendu parler. C'est en fait par la sensibilisation, l'éducation, l'information et la mise à disposition de ressources que nous parviendrons à régler ce problème.

**Le sénateur Fairbairn:** Quelle est l'importance de vos troupes sur le terrain? Sur combien de personnes pouvez-vous compter, étant donné ce que vous avez dit au sujet de la campagne que vous menez et de l'utilisation de moyens de communications électroniques pour faire passer vos messages, afin d'intervenir auprès des différents groupes sur le genre de chose dont vous nous avez parlé aujourd'hui?

**M. Rudin:** Nous avons notre bureau, qui est l'organisation fédérale. Il y a aussi des sociétés provinciales et, dans chaque province, il y a des sections locales et des groupes de soutien dans les municipalités — dont certains sont très importants comme à Toronto, Montréal et Vancouver, tandis que d'autres sont moins gros et se réunissent dans les sous-sols d'église des petites collectivités ou dans les maisons d'un intervenant. C'est ce que nous faisons à la société.



The coalition is also doing a lot of work. We have approximately 200 employees in aggregate across the country, but we have thousands and thousands of volunteers who members of speakers' groups and people who have been intimately involved — as you have been — with the disease and who are willing to speak about it.

I mentioned two people with the disease in my brief. These are part of a new group of folks who have the disease and willing to speak about it, share their experience and talk about what is going on with them. We never had that before. Early onset groups are springing up across the country. We are having a meeting in Ontario in August, bringing those folks together. We will be bringing representatives onto our boards of directors who have Alzheimer's disease. It is a new beginning in terms of the awareness of this and the resources that are available to provide that information. The word will get around quickly when we find a cure, but now it is really what resources are available and how we can help that is most important.

**Senator Fairbairn:** I cannot let that moment pass without mentioning the name of one of our former colleagues, Maurice Dionne. He was one of the early outreach people; even while he was still finishing off his term, went out and started speaking on what was happening within his life. He continued to do so. It was powerful communication.

**Mr. Rudin:** When I joined the Alzheimer Society, my first meeting was with Maurice Dionne, and his wife Precille. He had just indicated to the Prime Minister that he would not seek re-election because he was suffering from Alzheimer's disease. He hosted our first breakfast on Parliament Hill to try to call attention to the disease and how it can really happen to anyone.

**Senator Fairbairn:** I was there.

**Mr. Rudin:** We were grateful to him. He was absolutely the first person to come forward in that way, to say, "I have got the disease." I remember his comment when somebody asked him what it is like. He said it was having holes in his memory. That sort of stuck with many of us.

**Senator Fairbairn:** He also said that he was perpetually meeting "whole lots of new friends every day."

**Senator Keon:** You have a tremendous task ahead of you, and the solutions pale in comparison to the problems. As we have listened to the witnesses, it is interesting that the fundamental ability to make a significant impact seems to rely on organization. The term "action plan" has come up repeatedly regarding mental illness. Certainly, the organization of personnel and facilities is a must, although over-organization is sometimes worse than no organization.

I am also impressed that even though you have various societies, these diseases have not been targeted in a big way. If we look at the real progress that has been made historically in health, medicine and medical science, it has been when diseases reach

La Coalition fait aussi un important travail. Nous comptons quelque 200 employés en tout, partout au Canada, mais nous avons aussi des milliers et des milliers de bénévoles qui font partie de groupes de conférenciers et d'autres personnes qui ont touché la maladie du doigt — comme vous — et qui sont prêtes à en parler.

Dans mon mémoire, je parle de deux personnes atteintes de la maladie. Elles font partie d'un groupe de gens qui, comme elles, souffrent de cette maladie et qui sont prêtes à en parler, à faire part de leur expérience et à expliquer ce qu'il leur arrive. C'est tout nouveau comme concept. De nouveaux groupes se créent un peu partout au Canada. En août, nous avons une réunion en Ontario à laquelle ces gens-là ont participé. Nous comptons attirer à nos conseils d'administration des personnes souffrant d'Alzheimer. C'est un des buts sur le plan de la sensibilisation et des ressources disponibles pour fournir l'information. Quand nous serons parvenus à trouver un remède, la nouvelle se répandra très vite, mais pour l'instant voilà le genre de ressources dont nous disposons et voilà comment nous pouvons aider ceux et celles qui en ont besoin.

**Le sénateur Fairbairn:** Je m'en voudrais de ne pas mentionner le nom d'un de nos anciens collègues, Maurice Dionne. Il a été l'un des premiers à parler, puisque, il n'avait même pas fini son mandat qu'il prenait déjà la parole ici et là pour expliquer ce qui lui arrivait. Il a continué ainsi le plus longtemps possible. C'était une communication très efficace.

**M. Rudin:** Quand j'ai intégré la Société Alzheimer, j'ai eu ma première réunion avec Maurice Dionne et son épouse Precille. M. Dionne venait juste d'annoncer au premier ministre qu'il ne se représenterait pas parce qu'il était atteint de la maladie d'Alzheimer. Il a organisé notre premier petit-déjeuner sur la colline parlementaire afin d'essayer d'attirer l'attention sur cette maladie et expliquer qu'elle peut frapper n'importe qui.

**Le sénateur Fairbairn:** J'étais là.

**M. Rudin:** Nous lui avons été très reconnaissants. C'est la toute première personne qui a officiellement annoncé: «Je suis atteint de la maladie.» Je me rappelle sa réponse quand quelqu'un lui a demandé ce qu'il ressentait. Il a dit que sa mémoire était comme une passoire. Cela en a frappé plus d'un.

**Le sénateur Fairbairn:** Il a dit aussi qu'il rencontrait toujours «un grand nombre de nouveaux amis, tous les jours».

**Le sénateur Keon:** Vous êtes face à une tâche énorme et les solutions sont minces par rapport à l'ampleur du problème. Il est intéressant de constater, à partir des témoignages d'aujourd'hui, que pour parvenir à un véritable résultat nous soyons condamnés à nous en remettre à des organisations. On parle sans cesse de «plan d'action» au sujet des maladies mentales. Il est certainement important de bâtir des organisations comportant des installations et du personnel, mais l'excès d'organisation est parfois pire que rien.

Je suis par ailleurs étonné de constater que malgré toutes ces sociétés, vous n'avez pas encore véritablement ciblé les maladies en question. Les véritables progrès réalisés dans le passé dans les domaines de la santé, de la médecine et des sciences médicales



epidemic proportions. They then get targeted and a real effect ensues. We have many good examples of that such as polio, tuberculosis and, more recently, heart disease and, to a lesser degree, cancer.

I would like to hear from you as a panel how you think you could target. I appreciate the stigma problem here too. You do not want to build an institute for Alzheimer's and have people driving up to it. Perhaps you do.

How would you organize your research and educational program as well as your prevention, diagnostic, therapeutic and development programs for some of these huge entities? Take Alzheimer's as an example. Is it done best within the framework that you have now? For example, you have improved primary care and some of the other things. Is it best to start over and really come at it without the focused approach?

**Dr. Conn:** Thank you. I appreciate what you are saying about how a disease has to reach epidemic proportions before there is serious action. These diseases that affect seniors' mental health have been called a "silent epidemic." There is an epidemic, but it does not have that dramatic presentation in the way that polio might have had.

The problem exists and it is serious. We do not have to remake the entire system. We have many of the right elements in place. We need the full range of services all the way from prevention to end of life care.

Many of the components are in place. We need a more coordinated, integrated approach. We tend to work in individual silos and often are poorly connected — especially in larger cities, for example. Those cities that may actually have good resources are often difficult to navigate for the consumer. It is difficult for care providers to work together because there is not enough of a coordinated approach.

There is no question that some people are against too much administration. Sometimes in Canada, we do not have enough of a coordinating approach. Certainly in big cities such as Toronto there are plenty of resources but there is not really enough of a mastermind organizing the system.

When it comes to getting more money for education and for research, we can only make our case and hope that the funding bodies will realize these are serious issues and that we need a start in order to make a difference.

We do have effective treatments, but it is getting the treatments out there and making them available. We have wonderful treatments for depression. We have treatments for psychotic

sont survenus quand les maladies ont atteint des proportions épidémiques. C'est à ce moment-là qu'on s'est mis à les cibler et à obtenir de véritables résultats. Les exemples du genre abondent, comme avec la polio, la tuberculose et, plus récemment, les maladies cardiaques ou, à un moindre degré, le cancer.

J'aimerais que nos témoins nous disent quelle cible nous devrions établir. Je comprends aussi parfaitement le problème des stigmates. Vous ne voudrez sûrement pas bâtir un institut de la maladie d'Alzheimer auquel les gens devront se rendre spécifiquement. D'un autre côté, c'est peut-être ce que vous voudrez faire.

Comment organiseriez-vous la recherche et les programmes d'éducation et d'information, de même que vos programmes de prévention, de diagnostic, de traitement thérapeutique et de développement pour certaines de ces entités énormes? Prenez la maladie d'Alzheimer, par exemple. La meilleure solution consiste-t-elle à s'en tenir au cadre actuel? Par exemple, on pourrait améliorer les soins primaires et d'autres aspects. Serait-il mieux de tout recommencer et de ne pas se focaliser?

**Le Dr Conn:** Merci. J'ai aimé votre allusion au fait que tant qu'une maladie n'atteint pas des proportions épidémiques, on n'intervient pas véritablement. Or, on parle d'épidémie silencieuse pour décrire les maladies mentales des personnes âgées. Il s'agit bien d'une épidémie, mais elle n'a pas l'effet dramatique d'une polio, par exemple.

Le problème existe et il est grave. Il n'est pas nécessaire de refaire tout le système. Nous disposons déjà d'un grand nombre d'éléments. Il nous faut simplement nous prévaloir de toute la gamme des services, de la prévention aux soins de fin de vie.

Nombre d'éléments sont déjà en place. Il nous faut maintenant appliquer une approche davantage coordonnée, davantage intégrée. Nous avons tendance à travailler en isolation, les uns les autres, et nous n'avons que peu de lien entre nous, surtout dans les grandes villes. Il est souvent difficile aux prestataires de soins de naviguer dans les villes qui offrent de bonnes ressources. Il est difficile pour les fournisseurs de soins de travailler en commun, parce qu'il n'existe pas vraiment d'approche coordonnée.

Il est certain que des personnes s'opposent à un excès d'administration. Il arrive parfois, au Canada, que nous appliquions des approches qui ne sont pas suffisamment coordonnées. Il ne fait aucun doute que les grandes villes comme Toronto abondent de ressources, mais il n'y a pas de cerveau central qui organise le système.

Pour obtenir plus d'argent aux fins d'éducation, d'information et de recherche, nous ne pouvons que nous tourner vers les organismes de financement et espérer les convaincre qu'il s'agit de problèmes graves auxquels il convient de s'attaquer afin de changer les choses.

Il existe des traitements efficaces, mais le problème est de les faire connaître et de les mettre à disposition de la population. Il existe de merveilleux traitements pour la dépression. Il existe des

illnesses. Suddenly, we have treatments for dementia illnesses such as Alzheimer's.

It is a very exciting time to be involved in geriatric mental health. It is a question of making the resources available and having enough resources to stretch across this vast country.

**Ms. Gibson:** In addition, I do not think that we will successfully address the issue unless we do take on the issue of ageism. It underlies our willingness to expend resources. If you do not think much can be gained, if you think it is a natural part of aging for people to have these problems and you do not think there is that much time left to them anyway, you will not choose to put your resources in that direction. At some level, ageism will have to be addressed head on.

We will also have to figure out and articulate the benefits to society of managing these problems better. We need to explain the economic benefits, benefits that accrue to the health care system and families and how it helps society to have a larger segment of its aging population healthy, well and productive into their later years.

Those of us who work in the area must make a better case for why focusing on this silent epidemic and getting it under control will pay off for everyone in the long run. That means both explaining those benefits in a convincing way and articulating the prejudices against older people. We do not want to think about the bad things that happen with aging because we are all hoping that we will be in the group that ages well.

The decision-makers and policy-makers who go into careers in these areas have to get past some of these prejudices before we will be able to move forward. The ageism must be addressed with younger groups who are the potential future health care providers and policy-makers who can help in this area. We have to come up with the answers, clearly, concretely and practically about the benefits of doing a better job.

**Ms. Bruto:** I read a study many years ago that talked about the positive delusional set that people have about his or her own aging. We all think that we will grow old and be perfectly healthy until the moment of our death. We believe that we will have much satisfaction and then we will just die.

The part about chronic illness is not in the picture for many people when they think about their ageing and the aging of their family. When that mindset is juxtaposed with some of the things that can occur with aging — Alzheimer's disease, cognitive impairment, depression, disability, loss — a hopelessness takes over that sometimes is difficult to combat, not just in the

traitements pour les maladies psychotiques. Récemment, nous avons vu apparaître des traitements pour les démences comme la maladie d'Alzheimer.

Il est extraordinaire d'évoluer dans le milieu de la santé mentale en gériatrie. Il suffirait de mettre les ressources à disposition et de pouvoir compter sur suffisamment de ressources pour intervenir dans tous les points de notre vaste territoire.

**Mme Gibson:** De plus, je ne pense pas que nous parviendrons à régler ce problème à moins de nous attaquer à l'âgisme. Celui-ci définit notre prédisposition à accroître nos ressources dans le domaine. Si vous estimez qu'il n'y a pas grand chose à tirer de cela, si l'on pense que tous ces problèmes dont nous venons de parler font naturellement partie du processus de vieillissement et que l'on ne croit pas qu'il leur reste beaucoup de temps à vivre de toute façon, on ne mobilisera jamais les ressources dans le sens d'une intervention. À un niveau ou à un autre, nous devons nous attaquer de front à l'âgisme.

De plus, nous devons réfléchir et présenter les avantages que l'amélioration de la gestion de ce genre de problèmes pourrait présenter pour notre société. Nous devons expliquer les avantages sur le plan économique, avantages qui doivent revenir au système de soins de santé et aux familles, et nous devons expliquer en quoi ces avantages permettent d'augmenter la proportion de personnes âgées qui vieilliront en bonne santé et qui demeureront productives dans les dernières années de leur vie.

Ceux d'entre nous qui travaillent dans ce domaine doivent faire davantage pour expliquer qu'il sera payant pour tout le monde, à long terme, de s'attaquer à cette épidémie silencieuse et de la maîtriser. Pour cela, il faudra expliquer de façon convaincante les avantages que nous pourrions en tirer et présenter les préjugés à l'endroit des personnes âgées. Nous ne voulons pas penser à toutes les mauvaises choses associées au vieillissement, parce que nous espérons tous que nous nous retrouverons dans le groupe de ceux et de celles qui vieilliront bien.

Les décideurs qui font carrière dans ces domaines doivent s'élever au-delà de ces préjugés avant de monter les échelons. Il faut éliminer l'âgisme chez les plus jeunes qui seront peut-être les fournisseurs de soins de demain, de même que chez les décideurs qui pourraient donner un coup de main dans ce domaine. Il est évident que nous devons fournir des réponses claires, concrètes et pratiques quant aux avantages qu'il y a de faire un meilleur travail.

**Mme Bruto:** Il y a plusieurs années, j'ai lu une étude où il était question de l'illusion positive que les gens entretiennent à propos de leur propre vieillissement. Nous pensons tous que nous allons vieillir en parfaite santé et que nous le demeurerons jusqu'au moment du grand départ. Nous sommes convaincus de retirer un maximum de satisfaction jusqu'au moment de notre décès.

Rares sont ceux et celles qui envisagent la maladie chronique dans leur propre processus de vieillissement ou dans celui d'un membre de la famille. Quand on surimpose cette façon de voir aux problèmes pouvant être associés au vieillissement — comme la maladie d'Alzheimer, les déficiences cognitives, la dépression, l'incapacité et la perte — on sent apparaître un certain désespoir



individual seeking — or not seeking — service but also in their family and in the clinicians. That can be a barrier to getting people to seek attention and to accept attention.

We may not be able to win the war. That is eventually, we will all die. If we have Alzheimer's disease, we will eventually dement. There are ways of winning the battles, and winning those battles means reductions of symptoms and managing some of the behaviours that can impede quality of life.

There are things we can do to improve the situation and improve quality of life. We have to emphasize how we win the war by improving quality of life, not necessarily by fixing it. The acute model of care may not make much sense, given that most of us develop chronic illnesses.

We must develop a different mindset. We must do that with policy-makers, hospital administrators and at the grassroots level. Every time that we work with a patient, our goals must make sense within the context of improving quality of life, not merely fixing it. We can fix some things and by all means, we should. However, for some things, we need to adapt and look at different ways of improving quality of life.

In stroke populations, two patients can have the same lesion — at least they look the same on the neuro-imaging. They may have similar neuro-psychological profiles. However, the adjustment, adaptation and quality of life each of those two individuals has may be markedly different. We need to understand better the factors that put us in one group versus another.

This will require our coordinated attention. We know, from other populations such as heart disease or stroke, that different approaches from different levels of people involved in the process works. These are coordinated into stroke units as opposed to providing stroke care throughout the hospital. These coordinated approaches that emphasize education and evidence-based practice, do make a difference.

**The Acting Chairman:** Thank you to all of our witnesses. You helped the committee to gain more knowledge as we continue our study of mental health and mental illness.

The committee continued in camera.

qu'il est parfois difficile de combattre, pas uniquement chez le patient — demandeur de service ou non — mais aussi chez les membres de sa famille et chez les médecins traitants. À cause de cela, les gens peuvent hésiter à demander et à accepter de l'aide.

Nous ne gagnerons pas la guerre en ce sens que, tôt ou tard, nous allons tous mourir. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer finiront toutes par souffrir de démence. Nous pouvons cependant remporter des batailles mais, pour cela, nous devons réduire les symptômes et mieux gérer certains des comportements qui entravent la qualité de vie.

Nous pouvons faire certaines choses pour améliorer la situation ainsi que la qualité de vie des patients. Nous devons insister sur la façon dont nous allons remporter la bataille en améliorant la qualité de la vie et pas forcément en y apportant un remède définitif. Le modèle de soins aigus peut ne pas paraître logique puisque la plupart d'entre nous allons souffrir de maladies chroniques.

Nous devons changer d'état d'esprit. C'est ce que nous nous devons faire du côté des décideurs, des administrateurs d'hôpitaux et de la base. Chaque fois que nous travaillons au contact d'un patient, nous devons appliquer des objectifs consistant à améliorer la qualité de la vie plutôt que de chercher à l'optimiser. Il est toujours possible d'optimiser certains éléments et il ne faut certainement pas se retenir d'essayer de le faire. Cependant, nous devons dans ce cas adapter nos méthodes en vue d'améliorer la qualité de la vie et envisager la chose d'un œil différent.

Deux patients ayant souffert d'AVC peuvent présenter la même lésion — du moins d'après les résultats de la neuroimagerie. Les deux patients peuvent présenter des profils neuropsychologiques semblables. Il demeure qu'ils présenteront des tableaux très différents en ce qui a trait à l'ajustement, l'adaptation et leur qualité de vie. Nous devons mieux comprendre les facteurs qui font que telle personne se retrouve dans tel groupe plutôt que dans tel autre.

À cela, nous allons devoir agir de façon coordonnée. Nous savons, à partir de populations comme celles de patients cardiaques ou ayant fait un ACV, qu'il est payant que les personnes participant au processus, à des niveaux différents, appliquent des approches également différentes. Ces approches sont coordonnées au niveau des unités de soins des accidents cardiocérébraux plutôt que dans des hôpitaux. Ces approches coordonnées, où l'on insiste sur l'éducation, la formation et des pratiques fondées sur l'expérience clinique, font une différence.

**La présidente suppléante:** Merci à nos témoins. Vous avez certainement aidé le comité à approfondir ses connaissances du sujet à l'heure où il continue d'étudier la santé mentale et la maladie mentale.

Le comité se poursuit à huis clos.

OTTAWA, Thursday, June 5, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:04 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we are here to continue our study on mental health. We have four witnesses this morning. The first is Michael Grass, who is the past-chairman of the Champlain District Mental Health Implementation Task Force. Some of you may know that Ontario had nine regions set up under the Ontario government to review the delivery of mental health services. The Champlain District included Ottawa and all of Eastern Ontario up to Kingston.

The second speaker will be Dr. Dominique Bourget, the president of the Canadian Academy of Psychiatry and the Law. Third, we have Tim Aubry, an associate professor for the Centre for Research and Community Services from the University of Ottawa; and fourth, Dr. Jeffrey Turnbull, chairman of the Department of Medicine and the Faculty of Medicine, also from the University of Ottawa.

I know a number of you have submitted papers. I would like you to make your opening comments brief, because this committee likes to ask a lot of questions. If you could focus your comments, we are quite capable of subsequently reading your briefs. We will then go directly to questions. Please proceed, Mr. Grass.

**Mr. J. Michael Grass, Past-Chair, Champlain District Mental Health Implementation Task Force, As an Individual:** Honourable senators, it goes without saying that it is an honour to appear before you, particularly on a topic as important as mental health.

Contextually, mental illness is the last taboo of society. Society has bridged the gap of women's rights and sexual preferences, but has not had the courage to confront mental illness in a meaningful way. Society has moved through the Industrial Revolution and the information revolution, and is now in the economy of mental performance. The shift from physical to mental performance in the workplace means that any company's or country's most important asset is the value of its people. The commercial value of human thought content in products, services and policy is well documented. The state of mind of a company's employees and a country's citizens — not its backs, arms and legs — will mean the difference in the 21st century in a highly competitive world.

From levels of depression and anxiety to more serious illnesses of bipolar and schizophrenia, mental illness is costing billions of dollars in lost days and unproductive performances every year.

OTTAWA, le jeudi 5 juin 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 11 h 04 pour étudier les questions et développements découlant du dépôt de son rapport final sur l'état du système de santé du Canada, en octobre 2002. En particulier le comité sera autorisé à examiner des questions touchant la santé mentale et les maladies mentales.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous sommes ici pour continuer notre étude des questions de santé mentale. Nous accueillons ce matin quatre témoins. Le premier est Michael Grass, président sortant du Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain. Certains d'entre vous savent peut-être que l'Ontario est divisé en neuf régions pour ce qui est de la prestation des services de santé mentale. Le district de Champlain comprend Ottawa et tout l'est de l'Ontario, jusqu'à Kingston.

Le deuxième témoin est la Dre Dominique Bourget, présidente de l'Académie canadienne de psychiatrie légale. Le troisième est Tim Aubry, professeur associé au Centre de recherche et de services communautaires, de l'Université d'Ottawa. Le quatrième, enfin, est le Dr Jeffrey Turnbull, président du Département de médecine et de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa.

Je sais que beaucoup d'entre vous avez remis des mémoires. Je vous invite à faire un exposé liminaire, après quoi nous aurons une période de discussion. Je vous demande de focaliser vos commentaires car nous sommes tout à fait capables de lire ensuite vos mémoires. Nous pourrions ainsi passer plus vite aux questions. Monsieur Grass, vous avez la parole.

**M. J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en oeuvre en santé mentale du district de Champlain, témoignage à titre personnel:** Honorables sénateurs, il va sans dire que c'est un grand honneur pour moi de comparaître devant vous, surtout sur un sujet aussi important que la santé mentale.

La santé mentale est le dernier tabou de notre société. La société a comblé l'écart qui concernait les droits des femmes et les préférences sexuelles mais elle n'a pas encore eu le courage de faire directement face à la santé mentale. Notre société a connu la révolution industrielle et la révolution de l'information, et elle est maintenant dans l'économie du rendement mental. Le passage du rendement physique au rendement mental au travail signifie que l'atout le plus important de toute entreprise ou de tout pays est sa population. La valeur commerciale de la pensée humaine est largement documentée, au niveau des produits, des services et des politiques. C'est la capacité intellectuelle des employés de l'entreprise et des citoyens du pays — et non pas leurs bras et leurs jambes — qui sera déterminante au XXI<sup>e</sup> siècle, dans un monde de plus en plus compétitif.

La maladie mentale, qu'il s'agisse de dépression et d'anxiété ou de troubles plus sérieux comme la psychose bipolaire ou la schizophrénie, coûte chaque année des milliards de dollars en



Mental illness ignored does not disappear. In addition to the cost to business, cost increases are shifted elsewhere — to the correctional system, the social welfare system, the emergency rooms, et cetera. One way or another, we all pay in more ways than we could imagine.

It does not matter whether he or she is a productive lawyer — the Canadian Bar Association reports increasing levels of depression and addiction — or potentially productive students, teenagers and university students, facing increasing levels of fallout. Mental illness hits everyone — rich, poor, male, female — of every race and creed.

I have seen two sides of mental illness: first, as a parent of a young man whose dreams for his future were cut short at age 18; and more recently, as chairman of the Champlain District Task Force. With respect to the latter, I wish to make several observations from my experience.

Remarkably, given its rate of increase in an economy and society driven by mental performance, this last taboo of society — mental illness or mental health — is the least funded and the least discussed by schools and governments, including politicians and bureaucrats— society's gatekeepers. It also has the most poorly organized system of support. Some might say that society's gatekeepers have been asleep.

Also as remarkable during my time on this task force was the number of well-written reports and studies prepared over the last 10 years on mental illness that have not been acted upon. Reports sit on ministry and government shelves. Mental illness is just not good politics. Everything has been written, but no one had drawn together the reports into a coherent plan. No one had acted upon them, while people suffered and the system got worse.

Equally as serious is the minuscule level of research money as compared with other areas of illness, which suggests that significant breakthroughs are still years away.

I am positive that the last taboo needs a national commitment to make change in organizational construct, in funding, in education and in community support. Some will say the change is beginning, but unless there is an organizational construct, progress will slow, as mental illness is clearly an "orphan child" to more powerful lobbies in our health system.

I have set the change components in that order as the process of change is imperative; but it is clear in my mind that meaningful change will not occur without these components in place working interactively. Some might say that society's gatekeepers are frozen in inaction, lacking in leadership and planning.

It is also remarkable to me that two well-documented concepts in mental health, which could reduce and minimize cost to the system in the years ahead, do not hold sway in systems planning

journées de travail perdues et en baisse de productivité. Non traitée, la maladie mentale ne disparaît pas. Outre ce qu'elle coûte aux entreprises, elle coûte aussi beaucoup dans d'autres secteurs — le système correctionnel, le système de bien-être social, les salles d'urgence, et cetera. D'une manière ou d'une autre, elle nous coûte à tous beaucoup plus que nous ne pouvons l'imaginer.

Il importe peu qu'on parle d'un avocat productif — le Barreau canadien a constaté des niveaux accrus de dépression et d'assuétude — ou d'étudiants productifs, d'adolescents et d'étudiants universitaires, les effets sont très sérieux. La maladie mentale peut toucher tout le monde — riche ou pauvre, homme ou femme — de n'importe quelle race ou croyance.

J'ai vu deux aspects de la maladie mentale: d'abord, comme parent d'un jeune homme dont les rêves d'avenir ont été brisés à l'âge de 18 ans et, plus récemment, comme président du Groupe du district de Champlain. Au sujet de ce groupe, je ferai plusieurs remarques fondées sur mon expérience.

L'une des choses les plus remarquables, considérant le coût croissant de la maladie mentale pour l'économie et la société, est que ce dernier tabou social est le moins financé et le moins discuté dans les écoles et les gouvernements, que ce soit par les politiciens ou les bureaucrates — les chiens de garde de la société. C'est aussi le domaine dont le système de soutien est le plus mal organisé. D'aucuns diront que les chiens de garde de la société se sont assoupis.

Chose tout aussi remarquable, j'ai constaté durant ma présidence du groupe de travail que les nombreux rapports bien rédigés au cours des 10 dernières années sur la santé mentale n'ont fait l'objet d'aucune mesure concrète. Ils reposent sur les tablettes des ministères. C'est que la santé mentale n'est tout simplement pas rentable en politique. Tout a été écrit mais personne n'a intégré les rapports dans un plan cohérent. Personne n'est passé à l'action, alors que les gens continuent de souffrir et le système de se dégrader.

Ce qui est tout aussi grave, c'est le niveau minuscule des budgets de recherche si on le compare à d'autres types de maladies, ce qui permet de penser qu'il faudra encore bien des années pour faire des découvertes importantes.

J'ai la conviction que le dernier tabou exige un engagement national pour apporter des changements organisationnels, budgétaires, éducatifs et communautaires. D'aucuns diront que le changement a déjà commencé mais, sans base structurelle, les progrès seront lents car la maladie mentale est manifestement un souci «orphelin» pour les lobbys les plus puissants du système de santé.

J'ai classé les changements indispensables dans cet ordre parce que le processus de changement est impératif, mais il est clair dans mon esprit qu'il n'y aura aucun changement sérieux si ces divers éléments ne sont pas mis en place de manière interactive. D'aucuns diront peut-être que les chiens de garde de la société sont paralysés, manquent de leadership et de planification.

Il est également remarquable à mes yeux que deux concepts bien documentés de santé mentale, qui pourraient réduire et minimiser les coûts pour le système dans les années à venir, ne

and funding. The two concepts of early identification and intervention, particularly in conjunction with high schools and universities, for example, and recovery-based planning, particularly in regard to a stronger rehabilitation system, are not bought into and acted upon in cross-ministry initiatives among education, social services and health in Ontario.

Just think of the novelty of identifying an illness early on in its progression; and providing an appropriate recovery support for cognitive, social and employment impairments, which can minimize cost to society and provide dignity and self-esteem to the individual. Both the U.K. and Australia have adopted these concepts in how they respond to the challenges of mental illness. Some might say that society's gatekeepers are unwilling to change to adopt concepts proven elsewhere.

Lastly, it is remarkable to see the continued level of commitment from front-line workers in the mental health system. Never have I seen such an under-resourced — in respect of monetary and human resources — more poorly organized group of workers who legitimately could be, and are, critical or cynical about the system's lack of progress, yet who continue to perform at a high level.

On the other side of this equation, no one could have set out to put together a more disjointed management construct. The silo-driven nature of management and boards militates against a cohesive, planned, interactive system of services and agencies with no duplication. Some might say that society's gatekeepers just do not get it.

In addition to my task force experiences, I have been asked to comment on two topics that are part of your round-table schedule of review; namely, deinstitutionalization and rehabilitation. Both are complex topics where implications and flexibility must be considered in order to do justice to those suffering with mental illness.

Deinstitutionalization — to its extreme — has seen serious implications as the U.S. found under President Kennedy, where homelessness and the criminal system were the principal beneficiaries. In my view, deinstitutionalization makes sense for most — not all — but only if the community has the service capacity; if society has been informed in an appropriate public education policy; if safe and affordable housing exists; and if enhanced employment opportunities exist. Can you imagine a time-sensitive institutionalized consumer is suddenly discharged to find employment in a stigmatized society where a "not-in-my neighbourhood" housing policy exists?

To successfully embrace deinstitutionalization, one needs to embrace a recovery philosophy for the individual and all of the appropriate treatments and supports that it assumes so that people living with mental illness can create new goals and engage in society as productive citizens.

trouvent aucune place dans la planification et le financement. Ces deux concepts, l'identification et l'intervention précoces, surtout en conjonction avec les écoles et universités, par exemple, et la planification fondée sur le rétablissement, notamment à l'égard d'un système de réadaptation plus solide, ne font aucunement partie des initiatives interministérielles entre l'éducation, les services sociaux et la santé, en Ontario.

Songez simplement à la nouveauté que représenterait l'identification d'une maladie dès sa manifestation, et à la prestation d'un système de rétablissement approprié pour les troubles cognitifs, sociaux et fonctionnels, ce qui minimiserait les coûts pour la société et préserverait la dignité de l'individu. Le Royaume-Uni et l'Australie ont adopté ces concepts dans leurs réactions aux défis de la santé mentale. D'aucuns diront que les chiens de garde de la société ne veulent pas changer pour adopter des concepts qui ont fait leurs preuves ailleurs.

Finalement, il est remarquable de voir que les travailleurs de première ligne du système de santé mentale témoignent toujours d'un niveau d'engagement considérable. Je n'ai encore jamais vu un groupe de travailleurs aussi mal doté — en ressources financières et humaines — ou si mal organisé qui pourrait légitimement réagir avec colère ou cynisme au manque de progrès du système mais continue plutôt d'oeuvrer à un niveau très élevé.

De l'autre côté de l'équation, personne n'aurait pu concocter un système de gestion aussi abracadabrant. Le cloisonnement des mécanismes de gestion milite contre un système cohérent, planifié et interactif de services et d'agences, sans dédoublement d'activités. D'aucuns diront que les chiens de garde de la société n'y comprennent tout simplement rien.

Outre mon expérience au sein du groupe de travail, j'ai été invité à faire des remarques sur deux sujets qui font partie du mandat de votre table ronde, à savoir la désinstitutionnalisation et la réadaptation. Il s'agit là de sujets complexes, pour lesquels il importe de tenir compte des conséquences et de la flexibilité pour être juste envers les personnes souffrant de santé mentale.

La désinstitutionnalisation — poussée à l'extrême — a eu de grandes conséquences, comme l'ont constaté les États-Unis à l'époque du président Kennedy du point de vue du nombre de sans-abri et du système pénal. À mon sens, la désinstitutionnalisation est légitime dans la plupart des cas — pas la totalité — mais seulement si la collectivité est capable de fournir des services, si la société a été informée au moyen d'une politique appropriée d'éducation publique, s'il existe des logements abordables et sûrs, et s'il existe des possibilités d'emploi. Peut-on imaginer qu'un consommateur institutionnalisé et pour qui chaque seconde compte soit soudainement obligé de trouver un emploi dans une société où il sera stigmatisé et où il aura peu de chances de trouver un logement?

Pour que la désinstitutionnalisation soit couronnée de succès, il faut adopter une philosophie du rétablissement de l'individu, avec tous les mécanismes de traitement et de soutien appropriés, fondée sur l'idée que les personnes souffrant de santé mentale peuvent se fixer de nouveaux objectifs et être des citoyens productifs.



Successful deinstitutionalization assumes a continuum of integrated services, where it is seamless to navigate between each service as recovery takes hold and an individual moves from discharge, through skills enhancement, to housing and employment. Currently, the mental health system does not provide the if's to the degree required and, therefore, the criminal system, families, et cetera, are forced to respond in well-intentioned, but often detrimental and untrained ways.

As I have said earlier, rehabilitation is an area where mental illness needs significant action. During and following all psychotic conditions where the significant symptoms are to be treated, cognitive, social, recreational and employment impairments of varying degrees must be faced or the current stigmatization will continue to isolate those with mental health challenges.

Some hospitals provide one or two-week programs but these in no way address the programs that could be better served in two- to three-month residential rehabilitation facilities. I am a director of the rehabilitation centre in Ottawa and I have seen the level of commitment and resources to rehabilitation for physical injuries, there and elsewhere for other illnesses such as cancer and diabetes, over longer periods of convalescence. The balance of fairness for rehabilitation has fallen heavily to the physical from the mental side of the human anatomy.

Lastly, a challenge for governments is to find the right formula to support the mental health advocacy organizations. The reasons that the mental health system is in such poor shape is because of the disjointed and under-funded lobby and advocacy efforts that exist for mental health/illness, who simply do not get the message out as compared with cancer, diabetes, heart and stroke. The public and government just do not know enough about the issues. Historically, the advocacy organizations have not been able to inform and show how big a problem mental illness is for society.

It has been said that mental illness is an "orphan child." I prefer to profile it as the last taboo. Interestingly, in the years to come, where mental over physical performance is a key to the country's and individual's quality of life, we have yet to address mental illness in a convincing way.

I wish you much success in making the case to all Canadians.

**Dr. Dominique Bourget, President, Canadian Academy of Psychiatry and the Law:** Honourable senators, I wish to thank this committee for inviting me to attend this morning. The issues of deinstitutionalization and rehabilitation are at the core of the provision of mental health services.

My perspective is that of a forensic-trained psychiatrist who has worked for 20 years with mentally ill offenders, assessing and treating those people suffering from severe and persistent forms of

Le succès de la déinstitutionnalisation suppose l'existence d'une chaîne continue de services intégrés, où l'on peut naviguer sans obstacles entre chaque service à mesure que le rétablissement prend racine et que l'individu évolue vers le congé, par la formation professionnelle, le logement et l'emploi. À l'heure actuelle, le système de santé mentale n'offre aucun des services requis au niveau qui serait indispensable, et c'est pourquoi le système pénal, les familles, et cetera, sont obligés d'intervenir, avec les meilleures intentions du monde mais souvent de manière préjudiciable par manque de formation.

Comme je l'ai déjà dit, la réadaptation est un secteur où la santé mentale a besoin d'une action importante. Pendant et après tous les états psychotiques, où les symptômes significatifs sont traités, il faut encore faire face aux troubles cognitifs, sociaux, récréatifs et fonctionnels, à des degrés divers, ou à la stigmatisation qui continue d'isoler les personnes ayant des troubles de santé mentale.

Certains hôpitaux offrent des programmes d'une semaine ou deux mais ceux-ci ne correspondent absolument pas à ceux que pourraient offrir des établissements de réadaptation en résidence de deux à trois mois. Je dirige un centre de réadaptation à Ottawa et j'ai vu le niveau d'engagement et de ressources consacré à la réadaptation des blessures physiques ou à d'autres maladies, comme le cancer et le diabète, pendant de longues périodes de convalescence. Le système de réadaptation privilégie lourdement et injustement le côté physique plutôt que le côté mental de l'anatomie humaine.

Finalement, il appartient aux gouvernements de trouver la bonne formule pour appuyer les organismes de soutien du secteur de la santé mentale. Si le système de santé mentale est en si mauvais état, c'est à cause des efforts désorganisés et sous-financés des groupes de lobbying et de soutien du secteur de la santé mentale, qui ne comprennent tout simplement pas le message que donne la comparaison avec le cancer, le diabète ou les maladies du cœur. Le public et le gouvernement n'en savent tout simplement pas assez sur la problématique. Historiquement, les organismes de soutien n'ont pas réussi à informer et à mettre en relief la gravité du problème de la santé mentale pour la société.

D'aucuns disent que la santé mentale est un souci «orphelin» du secteur de la santé. Je préfère parler de dernier tabou. Paradoxalement, à une époque où le rendement mental prime sur le rendement physique, pour assurer la qualité de vie des individus et le succès de la société, nous n'avons encore rien fait pour nous attaquer de manière sérieuse au problème de la santé mentale.

Je vous souhaite beaucoup de succès pour informer les Canadiens.

**La Dre Dominique Bourget, présidente, Académie canadienne de psychiatrie et de droit:** Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner ce matin. Les questions de désinstitutionnalisation et de réadaptation sont au cœur même des services de santé mentale.

Je m'adresse à vous en tant que psychiatre judiciaire qui travaille depuis 20 ans auprès de délinquants souffrant de maladie mentale, ce qui m'a amenée à évaluer et à traiter des personnes



mental illnesses. I am primarily a clinician, working with those individuals who come in conflict with the law. I also work with schizophrenic people and people suffering from other kinds of mental illnesses at the Royal Ottawa Hospital. I provide expertise to the court on mental disorders, criminal responsibility and assessment of risk. In addition to this, I am quite interested in research as a coroner in the Province of Quebec. I do research on mental disorders and violence, including homicide.

I am not a policy-maker, but I do have comments that I wish to make today. Certainly, they may sound quite naive to this committee.

Historically, deinstitutionalization developed in the 1960s with the advent of a new anti-psychotic medication, Chlorpromazine, in the 1950s. From there on, it became almost more a necessity than a goal. Some people who were institutionalized and suffering from severe mental illness saw their conditions improve with treatment. Therefore, they could re-enter the community. Thus, we saw the decline of psychiatric institutions and mental health services moving from there to the general hospital, short-term interventions for management of acute episodes or relapse, and longer-term care moving into the community with the necessary development of a variety of community-based resources.

In the 1990s, the recovery vision became more prevalent. Recovery meant more than the relief of symptoms or the treatment of the illness itself. We started to develop this notion that people with mental illnesses also had to recover from the stigma — and I am sure you have heard that expression before — and they had to recover from the effects of the treatment settings of the institutions, from lack of opportunities for their self-development, lack of employment and loss of their dreams.

Forty years later, deinstitutionalization and social rehabilitation are still issues of very significant concern. We find that the rehabilitation of many chronic patients has not been as successful as anticipated. We also know that there is a sub-population of psychiatric patients who will always require the resources of an institution because they are too ill; available resources cannot meet their needs; they present a high-risk to themselves or others if they are released from hospital.

When we are dealing with deinstitutionalization of persons with severe or persistent forms of mental illnesses, we sometimes need to be concerned about risk. I will not spend much time giving you statistics and numbers, but there is a well-known association between mental disorder and criminal behaviour — including violent crimes. However, we need to acknowledge that violence is not a core attribute of mental illness itself. It must be placed in a context. Potential for violence depends on the illness and personal factors which, when we understand them, help with better predictions.

souffrant de troubles mentaux profonds et persistants. Je suis avant tout une clinicienne qui travaille avec les personnes ayant des démêlés avec la loi. Je travaille aussi avec des schizophrènes et avec des personnes souffrant d'autres types de maladies mentales à l'Hôpital royal d'Ottawa. Je fournis des opinions aux tribunaux sur les maladies mentales, la responsabilité pénale et l'évaluation du risque. En outre, je m'intéresse beaucoup à la recherche à titre de médecin légiste au Québec. Je fais de la recherche sur les maladies mentales et la violence, y compris l'homicide.

Je ne m'occupe pas d'élaboration de politiques mais j'ai des opinions à exprimer aujourd'hui. Certaines vous sembleront peut-être d'ailleurs très naïves.

La désinstitutionnalisation a démarré dans les années 60 avec la découverte d'un nouveau médicament antipsychotique, la Chlorpromazine, dans les années 50. À partir de ce moment-là, c'est devenu presque plus une nécessité qu'un objectif. Certaines personnes institutionnalisées qui souffraient de troubles mentaux profonds ont vu leur état s'améliorer et ont donc pu réintégrer la société. On a alors assisté au déclin des établissements psychiatriques et des services de santé mentale, qui ont été transférés vers les hôpitaux généraux, avec des interventions à court terme pour gérer les épisodes aigus ou les rechutes, et des soins à long terme dispensés dans la communauté, avec la mise sur pied nécessaire de diverses ressources communautaires.

Dans les années 90, le thème du rétablissement a pris de l'importance. Le rétablissement voulait dire plus que l'élimination des symptômes ou le traitement de la maladie elle-même. On a commencé à voir apparaître l'idée que les personnes souffrant de troubles mentaux devaient aussi se rétablir de la stigmatisation — et je suis sûre que vous avez déjà entendu cette expression — et guérir des effets des traitements dispensés dans les établissements, du manque d'opportunités pour s'épanouir, du manque d'emploi et de la perte de leurs rêves.

Quarante ans plus tard, la désinstitutionnalisation et la réadaptation sociale restent des questions très préoccupantes. Nous constatons que la réadaptation de nombreux patients chroniques n'a pas eu autant de succès que prévu. Nous savons aussi qu'il existe une sous-population de patients psychiatriques qui auront toujours besoin des ressources d'une institution parce qu'ils sont trop malades; les ressources disponibles ne peuvent répondre à leurs besoins; ils présenteraient des risques élevés pour eux-mêmes et pour autrui s'ils obtenaient leur congé de l'hôpital.

Quand on parle de désinstitutionnalisation de personnes souffrant de troubles mentaux profonds ou persistants, on doit parfois aussi parler de risque. Je ne vais pas vous inonder de statistiques et de chiffres mais il existe une corrélation bien connue entre le trouble mental et le comportement criminel — y compris avec violence. Toutefois, il faut convenir que la violence n'est pas une caractéristique fondamentale de la maladie mentale. Il faut la replacer dans son contexte. Le risque de violence dépend des caractéristiques de la maladie et de facteurs personnels qui, quand on les comprend, permettent d'établir de meilleures prévisions.



I would like to comment on the special issues with the forensic patients. By “forensic patients,” we mean mentally ill persons in conflict with the law.

Conflict with the law is often an entry door into the system. The issues of deinstitutionalization and rehabilitation for these patients call for special considerations and principles. We need to balance the risk to society with the rehabilitation needs of these patients. These mentally ill offenders who work towards community reintegration face many challenges such as finding suitable lodging and accessing community-based services.

The bridge between the forensic institution or the forensic setting and the community mental health services is often very difficult for those people. It is also very difficult for them to find adequate accommodation. There is a need for hospital-sponsored, community reintegration programs that would link forensic patients with community resources and programs offered in the community.

Forensic patients often require a “cascade approach” towards deinstitutionalization and rehabilitation. That is, deinstitutionalization is not simply the act of moving someone from an institution into the community and giving some community resources. We must think of this process as a “step-down approach.” The individual moves from the high-secure setting to the medium-secure setting to the regular psychiatric units to, perhaps, a community transition house — which are really lacking at this point — and then towards a supervising boarding home and ultimately, it is hoped, towards full reintegration with support in the community.

In summary, I would like to reiterate that access to resources and services in the community is still problematic for a number of the patients who are served by the hospitals and institutions. In particular, forensic patients or mentally ill offenders are still experience discrimination in the community and are not allowed access to some of the services such as the community treatment team that other patients have. This is still an issue that we are struggling with for our patients. Thank you.

**Mr. Tim D. Aubry, Associate Professor; Co-Director, Centre for Research and Community Services, University of Ottawa:** Honourable senators, I thank the committee for the invitation to present to you today on this round table on deinstitutionalization and rehabilitation. My perspective is that of a community mental health researcher who has been involved in research in the past 15 years that contributes to the integration of people with severe and persistent mental illness.

My remarks will cover four areas. First, I will define briefly the population that includes people with severe and persistent mental illness. Second, I should like to say a few words about how deinstitutionalization has affected this population. Third, I should like to briefly discuss the current state of community support and psychosocial rehabilitation programs. Fourth, I will provide my

Je voudrais dire quelques mots des problèmes particuliers des patients judiciaires. Par patients judiciaires, je veux dire les personnes souffrant de troubles mentaux qui entrent en conflit avec la loi.

Le conflit avec la loi est souvent une porte d'entrée dans le système. La désinstitutionnalisation et la réadaptation de ces patients appellent des dispositions et des principes spéciaux. Il faut trouver un équilibre entre le risque pour la société et le besoin de réadaptation de ces patients. Les délinquants souffrant de troubles mentaux qui travaillent pour réintégrer la société sont confrontés à de nombreux défis, comme trouver un logement adéquat ou avoir accès aux services communautaires.

Ces personnes ont très souvent du mal à passer du contexte judiciaire à celui des services communautaires de santé mentale. Il leur est aussi très difficile de trouver des logements adéquats. On a donc besoin de programmes de réintégration communautaire appuyés par les hôpitaux pour permettre aux patients judiciaires d'avoir accès aux ressources et programmes communautaires.

Les patients judiciaires exigent souvent une «démarche en cascade» vers la désinstitutionnalisation et la réadaptation. Autrement dit, la désinstitutionnalisation ne consiste pas simplement à faire passer un individu d'un établissement à la communauté, en lui donnant des ressources communautaires. Nous devons considérer ce processus comme une démarche «en escalier». L'individu passe d'un contexte très sécuritaire à un contexte moyennement sécuritaire puis à un service psychiatrique régulier et, peut-être, à un foyer de transition communautaire — on en manque sérieusement à l'heure actuelle — puis vers un établissement d'accueil supervisé et, enfin, on l'espère, à la pleine réintégration sociale avec l'appui de la communauté.

En résumé, je veux réitérer que l'accès aux ressources et services de la communauté est toujours problématique pour un certain nombre de patients traités dans les hôpitaux. En particulier, les patients judiciaires ou les délinquants souffrant de troubles mentaux connaissent toujours de la discrimination dans la communauté et ne parviennent pas à avoir accès à certains des services dont bénéficient les autres patients, comme des équipes de traitement communautaires. C'est toujours un problème pour nos patients. Merci.

**M. Tim D. Aubry, professeur associé; codirecteur, Centre de recherche sur les services communautaires, Université d'Ottawa:** Je remercie le comité de m'avoir invité à participer à cette table ronde sur la désinstitutionnalisation et la réadaptation. Je m'adresse à vous en tant que chercheur en santé mentale communautaire qui effectue depuis 15 ans des recherches visant à contribuer à l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux profonds et persistants.

Je veux aborder quatre questions. Tout d'abord, je vais brièvement définir la population des personnes souffrant de troubles mentaux profonds et persistants. Ensuite, je dirai quelques mots de l'effet de la désinstitutionnalisation sur cette population. Après cela, j'aimerais discuter brièvement de l'état actuel des programmes de soutien communautaire et de



opinions on future directions for taking the mental health service system and making it more effective and relevant for the population of people with severe and persistent mental illness.

With respect to the definition, people with severe and persistent mental illness are those who have a diagnosis of a major mental disorder such as schizophrenia, bipolar disorder or personality disorder. The illness has a chronic duration and it affects a person significantly in one or more life areas. Conservative estimates of the size of this population put it at about 2 per cent of the general population. That would amount to more than 600,000 people in Canada currently.

This notion of deinstitutionalization has formed the cornerstone of mental health policy in provinces over the last three decades. We have wrestled with how one properly and effectively moves people away from living and being served in institutions to taking on productive lives in the community. This has been quite a challenge and has not been realized in any way to date. There is wide recognition that we have a ways to go before we can help people lead meaningful lives in the community. There is consensus in the mental health field that one of the reasons we have not been able to realize community integration is because community sources have been under-resourced. Provincial governments have been slow to move funding from institutions into the community. The resources have not followed the consumers of the services.

In this context, this has led to many problems, including homelessness. A significant group of people who have severe and persistent mental illness are homeless. Those who are housed live in substandard housing. They tend to live in poverty. They are not employed. They are marginalized. They have very few social relations with non-disabled people, other than professionals and family members. In my own research on integration, it has become clear to me that these people find it very frustrating living in the community. They find that the kind of life they can lead is empty and dissatisfying as a result of their social isolation and not having anything productive to do.

I will share some general observations on the current state of community support and psychosocial rehabilitation programs based on my experience with an initiative known as the Community Mental Health Evaluation Initiative — a multi-site research study here in Ontario funded by the Ontario Ministry of Health. It is intended to help inform the development of innovative community mental health practices. It involves seven studies in communities across Ontario in the areas of case management, self-help initiatives, and crisis services. Some of the findings that are emerging from this project provide us a window on the state of practice in the area.

réadaptation psychosociale. Finalement, je donnerai mon avis sur les mesures à prendre pour rendre le système de services de santé mentale plus efficace et pertinent pour les personnes souffrant de troubles mentaux profonds et persistants.

En ce qui concerne la définition, les personnes souffrant de troubles mentaux profonds et persistants sont celles qui ont fait l'objet d'un diagnostic de trouble mental grave comme la schizophrénie, la psychose bipolaire ou des troubles de la personnalité. Il s'agit de maladies chroniques qui affectent profondément l'individu dans un ou plusieurs aspects de leur vie. Selon des estimations prudentes, ce groupe représente environ 2 p. 100 de la population générale, soit plus de 600 000 personnes dans le Canada d'aujourd'hui.

La désinstitutionnalisation est depuis trois décennies la pierre angulaire des politiques de santé mentale dans les provinces. Nous avons déployé beaucoup d'efforts pour savoir comment transférer adéquatement et efficacement les personnes institutionnalisées afin qu'elles puissent mener une vie productive dans la société. Cet objectif pose tout un défi et n'a pas encore été atteint de manière notable jusqu'à présent. On convient généralement qu'il y a encore beaucoup à faire pour pouvoir aider les gens à mener une vie valable dans la communauté. Il y a un consensus dans le secteur de la santé mentale sur le fait que l'une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas réussi l'intégration communautaire est que les services communautaires manquent de ressources. Les gouvernements provinciaux ont été lents à transférer des fonds des institutions vers la communauté. Les ressources n'ont pas suivi les consommateurs de services.

Cela a entraîné de nombreux problèmes, notamment celui des sans-abri. Il existe un groupe nombreux de gens souffrant de troubles mentaux profonds et persistants qui sont sans abri. Ce sont des personnes hébergées dans des logements inférieurs aux normes. Des personnes pauvres. Des personnes sans emploi. Des personnes marginalisées. Des personnes ayant très peu de relations sociales avec le reste de la société, sauf avec des professionnels ou des membres de leur famille. Mes recherches sur l'intégration m'ont clairement montré que la vie de ces personnes dans la communauté est une source de frustration. La vie qu'elles peuvent mener dans la société est vide de sens et peu satisfaisante du fait de leur isolement social et qu'elles n'ont rien de productif à faire.

Je veux partager avec vous quelques observations générales sur l'état actuel des programmes communautaires de soutien et de réadaptation psychosociale, à partir de mon expérience dans un projet appelé Initiative communautaire d'évaluation en santé mentale — une étude entreprise dans plusieurs sites de l'Ontario et financée par le ministère provincial de la Santé. Son but est de recueillir des informations utiles pour élaborer des méthodes novatrices en santé mentale communautaire. Le projet comprend sept études dans des collectivités ontariennes, concernant la gestion des cas, des initiatives d'autonomie et des services de crise. Certains des résultats de ce projet donnent un éclairage sur l'état des interventions dans le secteur.



We are finding that home-based support can make a difference in these projects. Programs such as assertive community treatment and intensive case management can help very disabled clients live in the community. However, at this point, there are not enough of these services to go around.

Self-help initiatives for consumers and family members also appear to make a big difference — not only to the consumers and families but also to communities and mental health services in general. Currently, however, these services in Ontario have less than 1 per cent of the mental health budget allocated to them.

In our project here in Ottawa, we have had the opportunity to do some costing. What does it cost to support someone with a severe and persistent mental illness in the community? We found that on average it costs \$35,000 per year to support someone in the community. That is a very modest sum of money. However, when we look at the breakdown of those costs, one-third are taken up by medical and health services — including mental health services — and hardly anything is being allocated for education, vocational training, leisure or recreational activities.

In this initiative, as we are following 800 consumers — people with severe and persistent mental illness — we are finding out that recovery in the community is possible. To recover, people need good health care, an income, decent housing, and meaningful activities such as work and education to pursue.

I would like to make some suggestions for mental health reform based on this picture that we have of deinstitutionalization, current state of psychosocial rehabilitation services. First, we need to build on the progress we have made. I am an optimist. I think there has been some progress in moving our resources into the community. We need to continue in that direction. Certainly, hospital-based services have an important role, but it is one of stabilization, crisis support and specialized treatment. If people are to recover, it will happen in the community.

Second, a value that has been pervasive in mental health reform across North America is involving consumers and family members in planning and developing mental health policies and programs. If we are to develop a national action plan on mental illness and mental health, this value needs to be enshrined in the plan. We need to ensure that consumers and family members have significant input into its development and implementation.

Third, given the picture that has emerged in terms of the type of life that we have assisted people with severe and persistent mental illness to develop in the community, it is clear that the traditional health care on its own will not do it. We have to push in planning mental health services beyond formal health care. We must move into other sectors, such as income support, housing,

Nous constatons que le soutien à domicile peut donner de bons résultats. Des programmes comme le traitement communautaire dynamique et la gestion de cas intensive peuvent aider les clients très handicapés à vivre dans la communauté. Toutefois, il n'existe pas encore assez de services de cette nature aujourd'hui.

Les initiatives d'autonomie pour les consommateurs et les membres de la famille semblent également donner de bons résultats — pas seulement pour les consommateurs et les familles mais aussi pour les communautés et les services de santé mentale en général. À l'heure actuelle, cependant, ces services reçoivent moins de 1 p. 100 du budget de la santé mentale en Ontario.

Dans notre projet d'Ottawa, nous avons eu la possibilité de calculer des coûts. Qu'est-ce qu'il en coûte de fournir des services de soutien dans la communauté à une personne souffrant de troubles mentaux profonds et persistants? Selon nos résultats, 35 000 \$ par an en moyenne, ce qui est très modeste. Toutefois, quand on analyse la ventilation de cette somme, on constate que le tiers est consacré aux services médicaux et de santé — y compris les services de santé mentale — et que pratiquement rien n'est consacré à l'éducation, à la formation professionnelle et aux activités de loisirs.

Nous suivons dans cette initiative 800 consommateurs — des personnes souffrant de troubles mentaux profonds et persistants — et nous constatons que le rétablissement dans la communauté est possible. Pour se rétablir, les gens ont besoin de bons soins de santé, d'un revenu, d'un logement décent et d'activités satisfaisantes, comme le travail ou l'éducation.

J'aimerais maintenant faire quelques suggestions pour une réforme de la santé mentale fondée sur cette image que nous avons de la désinstitutionnalisation et sur l'état actuel des services de réadaptation psychosociale. Tout d'abord, il faut tirer profit des progrès déjà réalisés. Je suis toujours optimiste et je pense qu'on a réalisé certains progrès en transférant nos ressources dans la communauté. Il faut continuer dans cette voie. Certes, les services hospitaliers ont un rôle important à jouer, mais c'est un rôle de stabilisation, de soutien en cas de crise et de traitement spécialisé. Si l'on veut que les personnes se rétablissent, cela se fera dans la communauté.

Deuxièmement, une valeur qui est omniprésente dans la réforme de la santé mentale en Amérique du Nord consiste à faire participer les consommateurs et membres de la famille à la planification et à la formulation des politiques et programmes de santé mentale. Si nous voulons mettre sur pied un plan d'action national sur la santé mentale, il faut intégrer cette valeur au plan. Nous devons nous assurer que les consommateurs et les membres de la famille jouent un rôle important dans sa formulation et sa mise en oeuvre.

Troisièmement, considérant l'image qui est apparue sur le plan du type de vie que nous avons aidé les personnes souffrant de troubles mentaux profonds et persistants à acquérir dans la communauté, il est clair que les soins de santé traditionnels ne suffisent pas à eux seuls. Il faut prévoir des services de santé mentale allant au-delà des soins de santé traditionnels. Cela veut



education, and employment. If the needs of this population are to be addressed, the national action plan really must expand its scope beyond formal health care.

The fourth issue is housing. The first generation of community services has focused on housing. The housing tends to be congregate and specialized. However, when you ask consumers what type of housing they want to live in, it is the same type of housing that most people want to live in: They want to live in "normal" housing. They want to be supported to live in the community the way other people do. In the field, this is known as "supported housing." Government programs and policies really need to facilitate consumers being able to live in this preferred housing option.

I have mentioned home care and home-based support, which is portable and flexible. These are a type of second generation of programs in Canada. If we are to develop a national plan on mental health, resources should be allocated so that all persons with severe and persistent mental illness can access this critical kind of community support.

Sixth, there is a third generation of services that is necessary if the population is to achieve true integration. These are the services that will help them return to school and participate in the workforce. We have models of supported-education programs, supported-work programs, which have been developed in the United States, but we have seen few of them make their way up here as yet. We need to import some of these best practices to Canada and find better ways to integrate them into our mental health service systems.

Finally, there is a need for research that can assist with the development of effective, relevant psychosocial interventions. A national plan should include significant emphasis and support for research and evaluation that can inform the development of evidence-based practice in the psychosocial rehabilitation area.

In summary, I think we have the beginnings of a community health system in our communities and provinces across Canada. However, much work and reform is still needed to properly address the multiple needs of people with severe and persistent mental illness who are living in the community. I believe that the federal government, through such mechanisms as the national action plan, setting national standards for health care, and targeting resources for specific services can and should play a leadership role in actualizing these reforms.

**Dr. Jeffrey Turnbull, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Ottawa:** I would like to thank you for giving me this opportunity to speak.

You might wonder what the chair of medicine is doing speaking at a mental health task force. My interest — both clinical and academic — in poverty and health has brought me. I will speak to you today about a subgroup of individuals who have severe and persistent mental illness: those who find themselves in our shelter system. I will describe a project that was initiated two

dire qu'il faut aborder d'autres secteurs, comme le soutien du revenu, le logement, l'éducation et l'emploi. Si l'on veut s'attaquer vraiment aux besoins de cette population, ce plan d'action national doit vraiment aller au-delà des soins de santé classiques.

La quatrième question est celle du logement. La première génération de services communautaires a été axée sur le logement, qui a tendance à être collectif et spécialisé. Toutefois, quand on demande aux consommateurs quel type de logement ils souhaitent, ils répondent comme la plupart des gens: des logements «normaux». Ils souhaitent être aidés pour pouvoir vivre dans la communauté comme tout le monde. C'est ce qu'on appelle un «logement à services». Il faut que les programmes du gouvernement permettent aux consommateurs d'avoir accès plus facilement à ce type de logement préféré.

J'ai mentionné les soins à domicile, qui doivent être transférables et flexibles. Nous en sommes au Canada à une deuxième génération de programmes. Si nous voulons dresser un plan national pour la santé mentale, il nous faut prévoir des ressources pour que toutes les personnes souffrant de troubles mentaux profonds et persistants puissent avoir accès à ce genre de soutien communautaire crucial.

Sixièmement, il y a une troisième génération de services qui est nécessaire si l'on veut que cette population parvienne vraiment à s'intégrer. Il s'agit de services pouvant l'aider à retourner à l'école et à participer à la population active. Nous avons des modèles de programmes d'enseignement ou de travail avec services de soutien, qui ont été formulés aux États-Unis, mais peu sont encore arrivés chez nous. Il est temps d'importer au Canada les meilleures pratiques à cet égard et de trouver de meilleures méthodes pour les intégrer à nos systèmes de services de santé mentale.

Finalement, il convient d'effectuer des recherches pour élaborer des interventions psychosociales efficaces et pertinentes. Le plan national devrait comporter un volet important de recherche et d'évaluation, dans le but d'obtenir des données concrètes sur les meilleures méthodes en matière de réadaptation psychosociale.

En résumé, je pense que nous avons dans nos communautés et provinces les prémisses d'un système de santé communautaire. Il y a cependant encore beaucoup à faire pour répondre aux besoins multiples des gens souffrant de troubles mentaux profonds et persistants qui vivent dans la communauté. Je crois que le gouvernement fédéral, par des mécanismes tels que le plan d'action national, l'élaboration de normes nationales pour la santé, et l'affectation de ressources à des services précis, peut et doit jouer le rôle de chef de file en faveur de ces réformes.

**Le Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine, Université d'Ottawa:** Je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer aujourd'hui.

Vous vous demandez peut-être pourquoi le directeur du Département de médecine vient s'adresser à un groupe de travail sur la santé mentale. C'est à cause de mon intérêt — à la fois clinique et universitaire — envers les questions de pauvreté et de santé. J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui d'un sous-groupe des personnes souffrant de troubles mentaux profonds et



years ago and concluded as of April of this year. I will tell you the results that we have achieved in that. I think it has special relevance to the discussions as they relate to the concerns of deinstitutionalization and — in part — partial reinstitutionalization.

Within a kilometre of here, every day there will be approximately 1,200 individuals who will seek refuge in our shelter system. These individuals historically had been white adult males, but now we see an increasing percentage of Aboriginals, the elderly, immigrants, and single mothers with families. In this population, we were particularly concerned with individuals with serious medical conditions, and that is what brought me into this process in the first place.

You cannot actually deal with a medical illness until you have addressed the prevalent psychiatric disease that exists within this population. Some 40 per cent of our population have drug and alcohol addiction, and a similar percentage have underlying psychiatric disease, so we see that the majority of our patients who find their way into this environment have significant addictions and mental illness.

These particular individuals find themselves in a homeless shelter principally because of their difficulty in searching out relevant and meaningful health services, which are not available to them because of their unique characteristics and a system that is designed specifically for the typical, white average, middle-aged individual with a reasonable income and education. Our system is very good for those individuals in many circumstances. However, in this particularly unique cohort of individuals, they find themselves unable to access meaningful health services, both psychiatric and medical.

Consequently, we try to look at an initiative that would provide meaningful, flexible health services for the homeless community right on-site. The project that I will describe to you is now completed, and that is what it chose to do. We were funded with \$997,000 annually from HRDC, and we had \$1 million in matching community resources. For a community that has very little, you can imagine that that was a major initiative to commit those sums of money.

Our partner agencies, as you can see from the information that I provided, were numerous. It is a complete community initiative to try to address this overwhelming problem that we all recognize is essential.

We chose to provide integrated health services for this community that link with our existing health services from both for a mental health perspective and a physical health perspective in our hospital environment. It was based on their needs. It was flexible. It was based on a harm-reduction model. We recognized the need to look at an integrated approach that dealt with housing and health, and it had to deal with all our partner agencies.

persistants: les personnes qui se trouvent dans les refuges de secours. J'ai l'intention de vous communiquer les résultats d'un projet qui a été lancé il y a deux ans et qui s'est terminé en avril de cette année. À mon avis, ces résultats sont tout à fait pertinents pour votre mandat, étant donné qu'ils portent sur la désinstitutionnalisation et — en partie — la réinstitutionnalisation partielle.

Chaque jour, à un kilomètre d'ici, près de 1 200 individus font appel à notre système de refuges de secours. Ce sont habituellement des hommes adultes blancs, mais on y trouve de plus en plus d'Autochtones, de personnes âgées, d'immigrants et de mères seules avec famille. Ce sont surtout les personnes souffrant de maladies graves qui nous ont intéressés dans cette population, et c'est ce qui m'a amené dans ce processus.

On ne peut pas vraiment guérir d'une maladie si on ne prête aucune attention à la maladie psychiatrique prévalente qui existe dans cette population. Quelque 40 p. 100 de notre population sont des toxicomanes, aux drogues ou à l'alcool, et une proportion similaire souffre de maladies psychiatriques sous-jacentes, ce qui veut dire que la majeure partie de nos patients qui se retrouvent dans cet environnement ont de sérieux problèmes d'assuétude et de maladie mentale.

Ces personnes se retrouvent dans des refuges pour sans-abri essentiellement parce qu'il leur est difficile de chercher des services de santé pertinents et utiles, services qui ne leur sont pas accessibles à cause de leurs caractéristiques uniques et d'un système qui a été conçu particulièrement pour un citoyen typique, d'âge moyen, blanc, ayant un revenu raisonnable et un certain niveau d'éducation. Pour ces personnes, notre système est tout à fait satisfaisant dans la plupart des cas. Par contre, pour le groupe particulier d'individus dont je parle, il est impossible d'avoir accès à des services de santé satisfaisants, psychiatriques ou médicaux.

En conséquence, nous avons mis sur pied un projet destiné à leur offrir des services de santé sérieux et flexibles, sur place, dans les refuges. Ce projet est maintenant terminé et voici comment il a été mis en oeuvre. Je précise que nous avons été financés au moyen de 997 000 \$ par an de DRHC, et que nous avons 1 million de dollars de ressources communautaires de contrepartie. Pour une communauté qui manque pratiquement de tout, on peut imaginer qu'engager des sommes aussi élevées représentait une initiative majeure.

Les organismes qui ont participé avec nous au projet étaient nombreux, comme vous pouvez le voir sur la liste que je vous ai fournie. Il s'agissait d'une initiative complètement communautaire destinée à s'attaquer à ce problème écrasant, dont nous admettons tous l'urgence.

Nous avons choisi de fournir des services de santé intégrés à cette communauté en les reliant aux services de santé existants, du point de vue de la santé mentale et de la santé physique, dans notre environnement hospitalier. Le projet était fondé sur les besoins des gens. Il était flexible. Il était basé sur un modèle de réduction du préjudice. Nous savions qu'il était nécessaire d'adopter une approche intégrée sur le logement et la santé, et de traiter avec tous nos organismes partenaires.



We tried to link our health services together with an electronic health record, which we think is innovative and has been incredibly successful. We took these individuals and created spaces in each one of our shelters, which they had grown to call their own homes. You have to recognize the circumstances of our homeless in this setting. These are no longer emergency shelters; these are their homes. That is where they will live the majority of the rest of their lives.

As a consequence, we took a 15-bed unit at the Union Mission. We made this into a hospice program for homeless individuals who were dying of their drug and alcohol addiction, HIV, hepatitis B, hepatitis C, et cetera. We had a 20-bed convalescent unit, at the Salvation Army. We considered this to be a step-up or step-down unit, to decrease the frequency with which these individuals accessed crisis intervention and the cost related to that, at a hospital or judicial system. In addition, we had a 20-bed managed alcohol program at the Shepherds of Good Hope. Finally, we have a community outreach program where, today, for example, we will be looking for individuals under bridges, in fields and in different parts of the city.

At any one time, we have 60 to 80 and possibly 100 individuals on our roster. We have cared for well over 200 to 300 individuals and we have tried to provide meaningful health services for them as a pilot to see if this is an effective way of providing some kind of institutional support for individuals who otherwise lack it.

We linked closely to our providers of mental health services for these individuals. As an internist who knows very little about psychiatric disease, I have had a crash course and relied heavily on colleagues who have informed me a great deal about it.

I will tell you what has happened. Over the past two years, we have had a successful evaluation. We feel this is an ideal model of partial reinstitutionalization. We provided integrated health services for this community. At the hospital level alone — I am not talking about judicial or any other service — we have reduced the cost of crisis intervention and hospital days to a point where we have a net cost saving of \$3.3 million per year. For an investment of \$997,000, we have a cost saving of \$3.3 million in these individuals.

You might think that that is a great deal of money, but you must recognize that in some of our earlier work these chronically homeless individuals might cost the system between \$170,000 to \$200,000 per person per annum in access to hospital services, judicial services, 9-1-1, et cetera. These people are accessing health services frequently and ineffectively — they do not get really good health care — but it is very expensive process.

Were we effective in terms of health services delivery? We looked at aspects of compliance, self-care, and their perceived satisfaction with the quality of care and other quality of care indices. From the perception of the client, the client care workers

Nous avons essayé de relier nos services de santé au moyen d'un dossier de santé électronique; c'était là une innovation qui a connu un succès incroyable. Nous avons pris ces individus et avons créé des places dans chacun de nos refuges de secours, qu'ils considéraient comme leur maison. Il faut bien comprendre la situation des sans-abri qui vivent dans ce contexte. Ils ne logent plus dans un refuge d'urgence, ils sont chez eux. C'est là qu'ils habiteront dans la plupart des cas jusqu'à la fin de leurs jours.

En conséquence, nous avons pris une unité de 15 lits à la Union Mission et nous en avons fait un programme d'hospice pour sans abri agonisant de leur toxicomanie aux drogues ou à l'alcool, du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C, et cetera. Nous avons une unité de convalescence de 20 lits à l'Armée du Salut. C'était pour nous une unité d'adaptation, vers le haut ou vers le bas, pour réduire la fréquence avec laquelle ces personnes accédaient à l'intervention de crise, avec les coûts correspondants, à l'hôpital ou dans l'appareil judiciaire. En outre, nous avons un programme de 20 lits aux Bergers de l'espoir, pour le contrôle de l'alcool. Finalement, nous avons un programme d'extension communautaire où nous accueillons aujourd'hui, par exemple, des individus qui vivent sous les ponts, dans les champs ou dans différents quartiers de la ville.

Nous avons en permanence de 60 à 80 personnes dans notre clientèle, parfois même une centaine. Nous nous sommes occupés de plus de 200 à 300 personnes en essayant de leur offrir des services de santé valables, comme projet pilote, pour voir s'il existe une manière efficace de dispenser un soutien institutionnel quelconque à cette clientèle.

Nous avons établi des liens étroits avec les fournisseurs de services de santé mentale. Comme interne qui en sait très peu sur les maladies psychiatriques, j'ai eu un cours accéléré en la matière et je m'en suis surtout remis à mes collègues, qui m'ont beaucoup appris à ce sujet.

Je vais maintenant vous dire ce qui s'est passé. Au cours des deux dernières années, nous avons procédé à une évaluation. Nous pensons que ce modèle de réinstitutionnalisation partielle est idéal. Nous avons fourni des services de santé intégrés pour cette communauté. Rien qu'au niveau de l'hôpital — je ne parle pas de l'appareil judiciaire ou de n'importe quel autre service — nous avons réduit le coût de l'intervention de crise et des journées d'hospitalisation à un point tel que nous avons réalisé une économie nette de 3,3 millions de dollars par an. Autrement dit, un investissement de 997 000 \$ nous a fait économiser 3,3 millions de dollars.

Vous allez penser qu'il s'agit là d'une somme considérable mais il faut savoir que nos analyses antérieures avaient montré que ces individus chroniquement sans abri peuvent coûter de 170 000 \$ à 200 000 \$ par personne et par an en services hospitaliers, services judiciaires, 911, et cetera. Ces gens utilisent les services de santé fréquemment et de manière inefficace — ils n'obtiennent pas vraiment de bons soins — mais ça coûte très cher.

Avons-nous été efficaces du point de vue de la prestation des services de santé? Nous nous sommes penchés sur des questions de suivi, de soins autonomes et de degré de satisfaction quant à la qualité des soins. Selon les clients, les prestataires de soins et les



and allied health professionals around them, the results were all exemplary. All were in the highest level. They felt they had achieved a much greater level of self-care, compliance with medication, integration into programs, et cetera.

During the implementation of this project, in addition, we recognized the importance of education, not only for the community but also for the clients and allied health professionals. We have received international recognition.

We want to continue to serve this population in a similar approach. However, we are looking at aspects of addressing the needs of women in this context, long-term care, medical detox, and improving our interaction with our colleagues in psychiatric treatment, because there still seems to be a need for us to better interdigitate with those individuals.

This has been very successful. It is an example of providing integrated services to this population — integrated in terms of effectively interdigitating with the other health providers in a traditional system and making that system something that the homeless can access and use. We are providing some degree of institutionalization, yet we are also providing them independence and a sense of self-worth that they can be masters of their own fate while having a system to rely upon and be assured is there for their well-being.

**The Chairman:** I thank all of you for the comments. It is useful for us to talk to people who are actually out there on the street as opposed to just policy-makers.

My question has two parts. I am trying to understand something. When you deinstitutionalize someone, you move him or her off the health care budget. Correct me if I'm wrong, but I am assuming that the money that would have been spent on them had they stayed in the health care system did not follow them. Therefore, in some sense, someone else has to pick up the bill. Where is the money coming from to treat patients who are mentally ill but not inside the confines of an institution covered by medicare?

My second question is related to that. How does the coordination work? You talk about a whole variety of services that need to be provided to a patient. My sense is that there are certainly many groups involved in this. Someone is doing housing; someone is providing medical services; someone is providing education and training. Is this process adequately coordinated? My impression is that in fact it is awful.

If it is not, what do we need to do to increase the coordination because, first, it is better for the patient, and second, it is substantially more efficient?

I will begin with Mr. Grass, because he looked at it overall. It seems to me the issue of coordination and money are related.

**Mr. Grass:** I am a private businessman in venture capital involved in organizing and reorganizing companies. Speaking only to the mental health system, when one looks at it in all of its silos, each of which has a management, a board, an accountant

professionnels de la santé qui les entourent, les résultats ont tous été exemplaires. Tous les résultats ont été du plus haut niveau. Les clients ont dit avoir atteint un niveau beaucoup plus élevé de soins autonomes, de respect des ordonnances médicales, d'intégration aux programmes, etc.

En outre, pendant la mise en oeuvre de ce projet, nous avons considéré que l'éducation était importante, pas seulement pour la communauté mais aussi pour les clients et pour les professionnels de la santé. Nous avons reçu une reconnaissance internationale.

Nous souhaitons maintenant continuer de fournir des services à cette population, dans une approche similaire. Toutefois, nous examinons d'autres aspects du problème, par exemple les besoins des femmes dans ce contexte, les soins de longue durée, la désintoxication médicale, et l'amélioration de l'interaction avec nos collègues de traitement psychiatrique, car nous semblons avoir toujours besoin de mieux interdigiter avec ces individus.

Ce projet a été couronné de succès. C'est un exemple de prestation de services intégrés à cette population — intégrés au sens d'une interdigitation efficace avec les autres fournisseurs de services de santé dans un contexte traditionnel, en permettant aux sans-abri d'accéder au système et de l'utiliser. Nous assurons un certain degré d'institutionnalisation mais nous assurons aussi l'indépendance et un sentiment de dignité individuelle, au sens où ces gens peuvent être maîtres de leur destin tout en pouvant faire appel au système en cas de besoin.

**Le président:** Je vous remercie tous de vos exposés. Il est utile pour nous de parler aux gens qui sont vraiment sur place, dans la rue, plutôt que dans les bureaux.

Je voudrais vous poser une question en deux parties. J'essaie de comprendre quelque chose. Quand on désinstitutionnalise quelqu'un, on le fait sortir du budget de la santé. Corrigez-moi si je me trompe mais je suppose que l'argent qui aurait été consacré à ces personnes si elles étaient restées dans le système de santé ne les suit pas. Donc, dans un certain sens, quelqu'un d'autre paie la facture. D'où vient l'argent nécessaire pour traiter des patients souffrant de troubles mentaux, à l'extérieur des établissements couverts par l'assurance-santé?

Ma deuxième question est reliée à cela. Comment fonctionne la coordination? Vous parlez d'une multitude de services qu'il faut fournir aux patients. Je suppose qu'il y a de nombreux groupes qui interviennent à cet égard. Quelqu'un s'occupe du logement, quelqu'un s'occupe des services médicaux, quelqu'un s'occupe de l'éducation et de la formation. Ce processus est-il bien coordonné? Mon impression est que la coordination est catastrophique.

Si j'ai raison, que faut-il faire pour l'améliorer, dans l'intérêt du patient, d'abord, et pour rendre le système plus efficace, ensuite?

Je commence avec M. Grass, car il a abordé la question d'un point de vue global. Il me semble que coordination et budget sont reliés.

**M. Grass:** Je suis un homme d'affaires qui gère du capital-risque pour organiser et réorganiser des entreprises. En ce qui concerne le système de santé mentale, considérant tous les services cloisonnés, chacun avec son propre système de gestion, un conseil



and everything else that goes from 20 to 100 manned agencies, we could not possibly have constructed something that is so singularly unintegrated. We could only have hoped to do that in a first-year course; and a third-year course we might have improved. I am trying to say that the very nature of the construct militates against coordination — not that they are not all well-intentioned and not that they are not all competent in their own rights. However, it is the nature of the way in which some of these smaller boards are conceived and the lack of direction and coordination with the ministry. Historically, the Ministry of Health and Long-Term Care has sent the money down a chute to an entity.

Our findings point the finger at the ministry but that is not our intention. We merely provided them with the inventory of all their agencies, what the agencies were doing, the number of people involved and the duplication of their consumers across these various agencies.

That is illustrative of the nature of the entity that we are funding. We must somehow look at a construct that has a strategy and a philosophy for dealing with this group of consumers — whether it is my colleague's 2 per cent number or a larger number who are less severely handicapped but are clearly handicapped in terms of the nature of their impairments. However, we define that, we need a set of constructs within these agencies linked to the ministry where we can legitimately understand how these people's lives are being improved.

It is fair to say that the ministry under our task force has taken on much of what we have put forward. How quickly they are able to implement it with fiscal constraints, et cetera, time will only tell. However, it is the nature of the executive function to fight over a small piece of the pie so, when money comes available, the CMHAs, the housing agencies and the employment agencies all fight for the same dollar, and the decisions are not equitable. The decisions favour the loudest crier or the loudest lobby.

We need a much more systematic, planned construct to help the community increase its capacity, whether for the forensic group or for other community groups or for Dr. Turnbull's undertakings. That is clearly our biggest challenge.

Resource allocation of money is always a challenge in any of these issues. Resource allocation to mental illness in any of the budgets that I have seen — primarily in Ontario — is seriously underfunded. By looking at the numbers, we can see that the World Health Organization talks about one in four or that other organizations take that as high as one in ten. In terms of numbers of people and money, society is simply not allocating the resource appropriately.

In respect of the individual who has left the hospital, I am not sure if your question was, "are we assuming that he will take advantage of the community services such as they are?"

**The Chairman:** No. My question was: Where does the money come from to look after him?

d'administration, un comptable, et tout ce qui va avec, représentant de 20 à une centaine d'organismes différents, il aurait été impossible de bâtir quelque chose qui soit aussi foncièrement désintégré. Ça aurait été possible la première année mais, dès la troisième, les choses se seraient déjà améliorées. Ce que j'essaie de dire, c'est que la nature même du système milite contre la coordination — non pas que ces gens n'aient pas tous de bonnes intentions ou ne soient pas tous compétents dans leur secteur. Toutefois, c'est la nature même de ces petits conseils, pour chaque organisme différent, qui fait qu'il y a un manque d'orientation et de coordination au sein du ministère. Historiquement, le ministère de la Santé et des soins de longue durée envoie l'argent dans la cheminée vers une entité.

Nos constatations amènent à pointer le ministère du doigt mais ce n'était pas notre intention. Nous voulions simplement lui donner un répertoire de tous ces organismes, de ce que fait chacun, du nombre de personnes concernées et du dédoublement des activités.

Cela illustre la nature de l'entité que nous finançons. Nous devons donc essayer de trouver un système qui a une stratégie et une philosophie pour ce groupe de consommateurs — qu'il s'agisse des 2 p. 100 de mon collègue ou d'une proportion plus élevée de gens qui sont moins gravement handicapés mais le sont quand même clairement. Quelle que soit notre définition, nous avons besoin d'une série de concepts dans ces agences reliées au ministère de façon à pouvoir comprendre légitimement comment on améliore la vie de ces gens.

Il est juste de dire que le ministère a accepté une bonne partie de ce que nous avons proposé. Quant à savoir s'il pourra mettre tout en oeuvre, étant donné les contraintes budgétaires, entre autres, seul le temps nous le dira. Toutefois, comme c'est dans la nature de l'exécutif de se battre pour un petit morceau du gâteau, lorsque l'argent devient disponible, les ACSM, les agences de logement et les agences d'emploi se battent toutes pour le même morceau et les décisions ne sont pas équitables. Elles favorisent ceux qui crient le plus ou font le plus de lobbying.

Il nous faut un concept beaucoup plus systématique et planifié pour aider la communauté à accroître sa capacité, que ce soit pour le groupe judiciaire ou pour les autres groupes communautaires ou pour les projets du Dr Turnbull. C'est manifestement notre plus grand défi.

La répartition des ressources est toujours un défi dans ce genre de situation. L'attribution de ressources à la santé mentale, dans tous les budgets que j'ai vus — surtout en Ontario — est sérieusement sous-financée. Quand on voit les chiffres, on constate que l'Organisation mondiale de la santé parle d'un sur quatre, ou que d'autres organisations portent cela jusqu'à un sur 10. En termes de gens et d'argent, la société ne répartit tout simplement pas la ressource de manière appropriée.

En ce qui concerne l'individu qui quitte l'hôpital, je ne suis pas sûr si votre question était «Peut-on croire qu'il fera usage des services communautaires qui existent?»

**Le président:** Non, c'était d'où vient l'argent pour s'en occuper?



**Mr. Grass:** In many cases, he is not looked after; he is the homeless individual who goes to Dr. Turnbull's program. When he leaves the forensic services — if indeed he is capable of being released in a structured way — and if the services are available, he may be able to stay with an agency. If the services are not available, which is more often the case, he probably ends up somewhere in Dr. Turnbull's system.

**The Chairman:** Does anyone else want to comment?

**Dr. Turnbull:** My suspicion is that if such a patient ends up in my area, the net costs will be distributed amongst many different ministries, such as justice, health, social services, et cetera. Those costs will be far in excess of what they might have been before that distribution. That would be my impression. However, I find that these people are found to be chronically homeless with severe and persistent mental illness. They are the most difficult to treat. Although they constitute a small percentage, they are receiving ineffective care at a very high cost to many different ministries — not just one ministry.

**The Chairman:** Dr. Turnbull, you nodded your head when I asked the coordination question. That was a clear negative; is that correct?

**Dr. Turnbull:** That is right. As a person who is new to this and standing outside, I think it would be difficult to design something that was so ill-coordinated.

**The Chairman:** From your perspective and Mr. Grass's business perspective, I understand that you have both reached exactly the same conclusion.

**Dr. Bourget,** do you have a comment?

**Dr. Bourget:** We see a gap between the hospital and the community. One phenomenon is that when the patients are discharged to the community, their only link with the mental health system is often through their doctors whom they continue to see at the out-patient clinics to receive their prescriptions. Once in the community, unless they are in a supervised boarding home funded through the Ontario Disability Support Program, ODSP, system, they are left with few resources in terms of community support.

We have been thinking about how we could take the institutional out-patient clinics and create a better bridge with the community. That may help in terms of coordination. If there were something to bridge the gap between the in-patient unit and the various community services, that would help. Although this may not be the ultimate solution, we thought that perhaps we could export doctors from the institutional clinics to community clinics and link them with other services. There is no single, simple mechanism of referral currently and there is no accountability for those patients who are in the community. That is one of the difficulties.

**Mr. Aubry:** I mentioned that we had done some costing in Ottawa. This is for a clientele different from that of Mr. Turnbull in that they are linked into the system and they have a support worker. I mentioned the figure of \$35,000 per year, of

**M. Grass:** Dans bien des cas, on ne s'en occupe pas; c'est la personne sans abri qui va dans le programme du Dr Turnbull. Quand il quitte les services judiciaires — pour autant qu'il soit possible de le laisser sortir d'une manière structurée — et si des services sont disponibles, il pourra peut-être rester avec une agence. S'il n'y a pas de services, ce qui est le cas le plus fréquent, il se retrouvera probablement quelque part dans le système du Dr Turnbull.

**Le président:** Quelqu'un d'autre souhaite intervenir?

**Le Dr Turnbull:** Je soupçonne que, si ce patient se retrouve dans mon secteur, les coûts nets seront répartis entre les différents ministères, comme la Justice, la Santé, les Services sociaux, et cetera. Ces coûts seront largement supérieurs à ce qu'ils auraient pu être avant cette répartition. C'est mon impression. Toutefois, je constate que ces gens finissent par être des sans-abri chroniques avec des troubles mentaux profonds et persistants. Ce sont les plus difficiles à traiter. Bien que leur pourcentage soit minime, ils reçoivent des soins inefficaces, à un coût très élevé pour de nombreux ministères différents — et pas pour un seul ministère.

**Le président:** Docteur Turnbull, vous approuviez de la tête quand je posais ma question sur la coordination. C'est clairement un élément négatif, n'est-ce pas?

**Le Dr Turnbull:** Exactement. En tant que néophyte qui voit ça de l'extérieur, je dois dire qu'il serait difficile de concevoir quelque chose qui soit aussi mal coordonné.

**Le président:** Si je comprends bien, vous-même et M. Grass tirez exactement la même conclusion.

**Docteure Bourget,** voulez-vous faire une remarque?

**La Dre Bourget:** Il y a un fossé entre l'hôpital et la communauté. Lorsque les patients retournent dans la communauté, leur seul lien avec le système de santé mentale passe souvent par leur médecin, qu'ils continuent à voir dans les cliniques externes pour obtenir leurs médicaments. Une fois dans la communauté, à moins qu'ils ne soient dans un foyer d'accueil supervisé financé par le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, ils se retrouvent avec peu de ressources à leur disposition.

Nous nous sommes demandé comment utiliser les cliniques institutionnelles externes pour établir un meilleur pont avec la communauté. Cela pourrait aider du point de vue de la coordination. S'il y avait quelque chose pour faire le pont entre les cliniques internes et les divers services communautaires, ce serait utile. Bien que ce ne soit peut-être pas la solution ultime, nous avons pensé qu'il serait peut-être possible d'exporter les médecins des cliniques institutionnelles vers les cliniques communautaires, en les reliant à d'autres services. À l'heure actuelle, il n'y a pas de mécanisme simple et unique d'aiguillage et il n'y a rien pour ces patients qui sont dans la communauté. C'est l'une des difficultés.

**M. Aubry:** J'ai dit que nous avions calculé des coûts à Ottawa. Il s'agissait d'une clientèle différente de celle de M. Turnbull, dans la mesure où il s'agissait de gens reliés au système, avec un agent de soutien. J'ai donné le chiffre de 35 000 \$ par an, dont un tiers

which one-third is for health costs. Incidentally, we included income transfers in that figure. Another one-third is for the income support that people receive. The final one-third is for a mix of things such as social services, which are funded in many different ways; for interactions with the judicial system; and for costs that are borne by families, which are significant. Many people think that for the community mental health system, the biggest piece comes from families who receive no resources when a family member is ill. Some transfer of costs occurs.

Coordination is a definite problem. Historically, the community mental health system developed from the ground up — it was a grassroots enterprise. Family members and concerned citizens developed agencies in areas they thought could make a difference. After 20 to 30 years, there is now a whole range of services available that are not well coordinated. It is a problem.

I mentioned home care support, which is commonly known in mental health circles as “case management.” The home care support is an attempt by the mental health services system in the community to help consumers navigate this uncoordinated system. One of the roles of those case managers is to serve as advocates. They support people to try to get the services that they need.

**Senator Cook:** I come from the Province of Newfoundland.

**The Chairman:** With that accent, she always insists on telling everyone.

**Senator Cook:** I merely was stating that we are a smaller population.

To answer your question, when the deinstitutionalization of clients began, the funding went to health and community services. I know that because I was a member of the health care board at the time. The block funding went to health and community services, and it stayed there. It still provides that service today. The enhancement programs came from the NGOs.

I am proud of a program that my church, the United Church, accomplished in partnership with health and community services. A big chunk of money came from the service and mission fund of my church. The linkage stays with the Department of Health and Community Services. The enhancement programs move back and forth. The money and the resources are there, as is the little board on which I sit.

A social drop-in centre looks after between 90 and 100 clients a day. The core funding for that is from community services, but the enhancement, again, comes from us with initiatives as a volunteer board. We have maintained that linkage.

**Mr. Grass:** We did find — and I think that goes to something you just spoke to — that when the environment is relatively small, some of the communities, such as Renfrew, have fewer choices in the numbers of agencies. They are better able to deal with the

représente des dépenses de santé. Je précise que nous avons inclus les transferts de revenu dans ce chiffre. Un autre tiers concerne le soutien du revenu de ces personnes. Le dernier tiers concerne un ensemble de services, comme des services sociaux, qui sont financés de nombreuses manières différentes, des interactions avec l'appareil judiciaire, et des frais assumés par la famille, qui ne sont pas négligeables. Bien des gens pensent que, pour le système communautaire de santé mentale, l'élément le plus important provient des familles, qui ne reçoivent aucune ressource quand un de leurs membres tombe malade. Il y a un certain transfert de coûts.

La coordination est un problème incontestable. Dans le passé, le système communautaire de santé mentale s'est développé à partir de la base — c'est une entreprise qui a été construite du bas vers le haut. Les membres des familles et des citoyens concernés ont créé des agences dans des domaines où ils pensaient pouvoir changer les choses. Au bout de 20 ou 30 ans, on se retrouve avec tout un éventail de services qui ne sont pas bien coordonnés. C'est un problème.

J'ai parlé de soins à domicile, ce qu'on appelle couramment dans les milieux de la santé mentale «la gestion de cas». La prestation de soins à domicile est un effort déployé par le système communautaire de services de santé mentale pour aider les consommateurs à naviguer dans ce système non coordonné. L'un des rôles de ces gestionnaires de cas est d'aider la clientèle à obtenir les services dont elle a besoin.

**Le sénateur Cook:** Je viens de Terre-Neuve.

**Le président:** Avec son accent, elle tient toujours à le dire à tout le monde.

**Le sénateur Cook:** Je voulais simplement dire nous avons une petite population.

Pour répondre à votre question, lorsque la désinstitutionnalisation des clients a commencé, les crédits ont été orientés vers les services de santé et les services communautaires. Je le sais parce que j'étais membre du conseil de soins de santé à l'époque. Les crédits de base ont été donnés aux services de santé et aux services communautaires et ils y sont restés. C'est encore la même chose aujourd'hui. L'amélioration des programmes a été assurée par les ONG.

Je suis fière du programme mis en oeuvre par mon église, l'Église unie, en partenariat avec les services communautaires de santé. Une bonne partie des fonds a été fournie par le fonds de mission de mon église. Le lien reste avec le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les programmes améliorés circulent entre les deux. L'argent et les ressources sont là, tout comme le petit conseil dont je fais partie.

Un petit centre d'accueil s'occupe de 90 à 100 clients par jour. Les crédits de base viennent des services communautaires mais l'amélioration, encore une fois, vient des initiatives que nous avons prises à titre bénévole. Nous avons maintenu ce lien.

**M. Grass:** Nous avons constaté — et je pense que cela concerne ce dont vous venez de parler — que, lorsque l'environnement est relativement petit, certaines des communautés, comme Renfrew, ont un choix limité en matière d'agences. Elles sont mieux à même



political nuances and force things together in a coordinated way. From our review and from talking to colleagues in Saskatchewan and Manitoba, it is clear that smaller communities are better able to provide a set of coordinated services because there are simply fewer political and monetary choices to make.

There is broad recognition that integration is important. I do not know about the ministerial issues that you face, but clearly, size creates a bigger problem in this issue.

**Senator Cook:** The outcomes are measurable at first glance.

**Mr. Grass:** If you were speaking to the outcomes as a result of the integration, I would absolutely agree. The integration and the ability to follow and support the individual to these different ports of call in their housing, social, recreation and cognitive needs are absolutely proven time and again to enhance the condition of the individual. The individual is better off. There is no doubt about that. The experts could tell you more. I have listened to many people over the last 18 months and I am convinced that that is the case.

**Senator Cordy:** You mentioned that those suffering from mental illness, particularly those who are homeless, would go to out-patient clinics to get prescriptions. Does this mean that they do not have continuity with the same doctor? Are they seeing a different doctor each time they go in?

I have also heard that those suffering from mental illness often have difficulty receiving treatment for physical ailments when they go in. They have difficulty having the doctor listen to them.

**Dr. Bourget:** In respect of the first part of your question, I cannot speak about how systems operate across the country. At the Royal Ottawa Hospital, which is a fairly big centre, there is continuity of care for the forensic patients. The same doctors who would take care of the patient in the in-patient unit would also be in the out-patient service.

As for the second part of your question, I am not quite sure that I recall exactly what you asked.

**Senator Cordy:** I have read that sometimes a person who has a mental illness will go into an emergency department with a physical ailment, and is not taken as seriously as someone who does not have a mental illness might be.

**Dr. Bourget:** That is possible.

**Senator Keon:** I found your presentations fascinating. It is truly an interesting spectrum that you have covered.

We have had many people come to tell us what is wrong with the system, but we have not had anyone come forth who has been able to tell us what construct would fix it. I would like you to attempt to do that. Obviously, you will not tell us this morning the solution to such an enormously complex problem, but I would appreciate if you would try and do that.

de tenir compte des nuances politiques et de forcer une meilleure coordination. Notre analyse de la situation et nos discussions avec des collègues de la Saskatchewan et du Manitoba nous ont montré que les petites collectivités sont mieux à même d'offrir un ensemble de services coordonnés, parce qu'elles ont tout simplement moins de choix politiques et monétaires à faire

Chacun convient que l'intégration est importante. Je ne connais pas tous les problèmes ministériels auxquels vous faites face mais il est clair que la taille crée un plus gros problème dans ce domaine.

**Le sénateur Cook:** Les résultats sont immédiatement mesurables.

**M. Grass:** Si vous parlez des résultats du point de vue de l'intégration, je suis tout à fait d'accord. On a souvent prouvé que l'intégration et le fait de pouvoir suivre et appuyer l'individu dans ces différents ports d'escale concernant le logement, les activités sociales, les loisirs et les besoins cognitifs améliorent la situation de l'individu. Les résultats sont bien meilleurs pour lui, ça ne fait aucun doute. Les experts pourront vous donner plus de détails à ce sujet. J'ai écouté beaucoup de gens m'en parler au cours des 18 derniers mois et j'en suis totalement convaincu.

**Le sénateur Cordy:** Vous dites que les personnes souffrant de troubles mentaux, surtout les sans-abri, vont dans les cliniques externes pour obtenir leurs médicaments. Cela veut-il dire qu'ils ne sont pas toujours suivis par le même médecin? Doivent-ils voir un médecin différent à chaque fois?

J'ai aussi entendu dire que les personnes souffrant de troubles mentaux ont souvent du mal à obtenir un traitement pour leurs troubles physiques quand elles se présentent devant un médecin, qui est porté à ne pas les écouter.

**La Dre Bourget:** Pour ce qui est de la première partie de votre question, je ne sais pas comment les systèmes fonctionnent dans tout le pays. À l'Hôpital royal d'Ottawa, qui est relativement grand, on assure la continuité des soins pour les patients judiciaires. Les médecins qui s'occupent des patients en clinique interne les suivent également en clinique externe.

Pour ce qui est de la deuxième partie de votre question, je ne me souviens plus très bien de ce que c'était.

**Le sénateur Cordy:** J'ai lu qu'une personne souffrant de troubles mentaux qui s'adresse à une clinique externe pour un problème physique risque de ne pas être prise autant au sérieux qu'une personne qui n'a pas de troubles mentaux.

**La Dre Bourget:** C'est possible.

**Le sénateur Keon:** J'ai trouvé vos exposés tout à fait fascinants car vous avez couvert un large éventail de problèmes.

Nous avons entendu beaucoup de gens nous dire ce qui ne va pas dans le système mais encore personne n'a pu nous dire comment résoudre les problèmes. J'aimerais que vous tentiez de nous proposer des solutions. Évidemment, vous ne pouvez pas nous dire ce matin ce qu'est la solution globale à un problème aussi énorme, mais je vous serais très reconnaissant d'essayer.

I want Dr. Turnbull to lead off because, as you know, Dr. Turnbull, I have been familiar with what you have been doing. I think that it is brilliant. It is one of the best-designed programs I have seen in a very long time. It is doing something for which our society has a tremendous need.

My interpretation of your program is that it is person-centred, not patient-centred. You are identifying persons that have a need, and you are following that person and trying to design something around him or her that will fulfil the need. Even better, you are measuring the outcomes at the end of it. This is absolutely tremendous, and I commend you on it.

However, I am also acutely aware of the system and the gap between operational and research funding. Your research funds will dry up, and there will be no operational funding to continue a program that could be the beginning of a little bit of daylight at the end of the tunnel.

My question is to the panel: What construct could possibly address the enormous fragmentation that exists in this area?

Dr. Turnbull, how on earth do you plan on getting a program funded that has no identification anywhere in the operational funding of health or social programs?

**Dr. Turnbull:** Thank you, Senator Keon for your kind words.

I will address the latter point first and then say a few words about the former question.

You asked how we can move from research of a successful initiative that has been implemented and get it into the spotlight for a provincial ministry that is otherwise very stressed with their financial constraints.

We have had many challenges. First, this is not a population that has much influence. They do not vote to any degree. They are not politically sensitive from a lobby perspective. Second, we fall within many different silos within a traditional ministry. This is not housing, it is not judicial, it is not health; it is all of those things. When one approaches a provincial ministry, the ministry then turns to the next. As we know when times are tight, that is an easy process to do.

We have been successful only by the sheer compelling financial argument that they have agreed to fund us for one more year. However, I suspect that unless there is some dramatic change between now and then, further funding may be difficult and those individuals who are receiving meaningful care right now will not continue to do so. That represents a huge challenge.

The solution has to be that the ministries of health must start breaking down those traditional silos in which they work and start to be innovative in approaching populations groups and be willing to say, "Yes, there is a bit of psychiatric disease here so we will have to go to mental illness. There are some housing issues,

Je voudrais que le Dr Turnbull commence car, comme vous le savez, docteur Turnbull, je connais bien ce que vous faites. Je pense que c'est brillant. C'est l'un des programmes les mieux conçus que j'aie vus depuis longtemps. Vous faites quelque chose qui répond à un besoin énorme de la société.

Mon interprétation de votre programme est qu'il est axé sur la personne, pas sur le patient. Vous identifiez des personnes qui ont des besoins et vous les suivez pour essayer de concevoir quelque chose en fonction de ces besoins. Mieux encore, vous mesurez les résultats à la fin du processus. C'est absolument extraordinaire et je vous en félicite.

Cela dit, je connais aussi fort bien le système, notamment le fossé entre les crédits opérationnels et la recherche. Vos budgets de recherche s'épuisent et il n'y aura pas de budget opérationnel pour préserver un programme qui pourrait pourtant faire apparaître un début de lueur au bout du tunnel.

Voici donc ma question: quel concept permettrait de faire face à l'énorme fragmentation qui existe dans ce domaine?

Docteur Turnbull, comment diable avez-vous l'intention d'obtenir des crédits pour un programme qui n'est identifié nulle part dans les budgets opérationnels de la santé ou des services sociaux?

**Le Dr Turnbull:** Je vous remercie de votre gentillesse, sénateur Keon.

Je vais d'abord répondre à votre dernière question puis dire quelques mots au sujet de la première.

Vous demandez comment on peut passer de la recherche, sur une initiative couronnée de succès, à la mise en oeuvre opérationnelle, dans un ministère provincial qui fait déjà face à de sévères contraintes budgétaires.

Nous avons relevé de nombreux défis. Tout d'abord, il s'agit d'une population qui ne possède pas beaucoup de pouvoir. Dans l'ensemble, elle ne vote pas. Elle ne possède pas de pouvoir politique, du point de vue du lobbying. Deuxièmement, il y a beaucoup de cloisonnements différents dans un ministère traditionnel. Or, ce que nous faisons ne concerne pas le logement, pas la justice, pas la santé, mais tout ensemble. Quand on s'adresse à un ministère provincial, il nous renvoie à un autre. Comme vous le savez, quand les temps sont difficiles, c'est la solution de facilité.

Nous n'avons réussi que parce que l'argument financier était extrêmement convaincant, ce qui leur a fait accepter de nous financer pendant un an de plus. Toutefois, à moins qu'il n'y ait un changement spectaculaire à l'avenir, je soupçonne qu'il sera plus difficile d'obtenir des crédits dans un an et que les personnes qui reçoivent des soins valables aujourd'hui ne pourront plus les obtenir. C'est un défi énorme.

La solution serait que les ministères de la Santé commencent à briser leurs cloisonnements traditionnels et décident d'innover à l'égard de ces groupes de population, en disant: «Il y a un peu de maladie psychiatrique et nous allons donc donner des soins de santé mentale, il y a un peu de problème de logement, un peu de



some judicial issues and certainly there are health issues." Up until now that has been very problematic to try to break those silos down.

**Senator Keon:** Dr. Turnbull, if you were to receive funding, what construct, what organization do you think could receive that money? What would you call it?

**Dr. Turnbull:** This is a great question, because are struggling with this right at the moment. As you know, for lack of any other meaningful partners, the university has taken on the health services delivery for this community. You might ask what in the world is the University of Ottawa doing providing health services? That would be a wonderful question for which I would not have a good answer.

What partner would you give it to — our Community Care Access Centre, CCAC, which provide home care? That might be a reasonable place for it. This really is delivery of services outside of an institutional environment, whether it is a home or not a home. In that environment they are used to working across disciplines.

Would we put it into our community health centres, which is also a reasonable place to put it. They are a group of individuals who are traditionally underfunded but nevertheless do have that capacity to bridge disciplines and provide meaningful services at a community level.

We must look at some interdisciplinary group rather than putting it into just a hospital sector or just into a mental health sector, frankly because this bridges so many disciplines. I can only speak for my own environment, though, and this is the homeless community. I cannot speak for psychiatric disease and the care for psychiatric disease of people with persistent mental illness in another context. However, if and I were to fund this and it is for the homeless, I would look for one of those interdisciplinary groups.

**Mr. Aubry:** I would like to comment on the question of what would fix the system. Four points come to mind that could help. We have talked about the first point and it certainly has been repeated in many discussions ever since the beginning of deinstitutionalization. That is, how do you get resources into these community-based services? As Mr. Grass has mentioned, they are underfunded. It is essential to starting to build the system.

How do you develop capacity? The programs are there. There are psychosocial programs that have very good research that demonstrate they can make a difference, whether it is in housing, vocational areas or educational areas. There are practices that can make a difference. The question is how to get them funded. That is essential. That is an area where the federal government could provide some leadership.

Second, I mentioned capacity. I come from an educational institution at the university. If we are going to put resources into community-based programs, we will have to train people and

problèmes judiciaires et il y a certainement des problèmes de santé.» Jusqu'à maintenant, il a été très difficile de briser les cloisonnements.

**Le sénateur Keon:** Si vous receviez des crédits, docteur Turnbull, quel organisme devrait les recevoir, à votre avis?

**Le Dr Turnbull:** C'est une question intéressante à laquelle nous réfléchissons déjà en ce moment. Comme vous le savez, comme nous n'avons pas de partenaires importants, l'Université a pris la responsabilité de dispenser des services de santé à cette communauté. Vous allez dire: pourquoi diable est-ce l'Université d'Ottawa qui dispense des services de santé? Ce serait une excellente question, à laquelle je n'ai pas de bonne réponse à proposer.

À quel partenaire donner l'argent — à notre Centre d'accès aux soins communautaires, le CASC, qui dispense des soins à domicile? Ce serait une solution raisonnable. Il s'agit en fait d'assurer la prestation de services en dehors du milieu institutionnel, que ce soit dans un foyer ou non. Dans cet environnement, on a l'habitude de l'interdisciplinarité.

Devrait-on donner l'argent aux centres de santé communautaires, ce qui serait aussi une solution raisonnable? Il s'agit de gens qui manquent traditionnellement de fonds mais qui sont néanmoins capables de faire le pont entre les disciplines et de dispenser des services valables au niveau communautaire.

Il faut en fait chercher un groupe interdisciplinaire au lieu de donner l'argent strictement au secteur hospitalier ou strictement au secteur de la santé mentale, parce que le problème touche de nombreuses disciplines différentes. Je ne peux cependant parler que de mon propre environnement, et c'est la communauté des sans-abri. Je ne peux parler pour les services psychiatriques dont ont besoin les gens qui souffrent de maladies mentales persistantes, dans un autre contexte. Toutefois, si j'étais responsable du financement, je chercherais un groupe interdisciplinaire, comme il s'agit d'une clientèle de sans-abri.

**M. Aubry:** J'aimerais répondre à la question sur les solutions pour réparer le système. Quatre idées me viennent en tête. Nous avons déjà parlé de la première, et on en discute certainement déjà beaucoup depuis le début de la désinstitutionnalisation. Il s'agit de savoir comment donner des ressources à ces services communautaires. Comme l'a dit M. Grass, ils sont sous-financés. Il est essentiel de commencer à bâtir le système.

Comment développer les capacités? Les programmes existent. Il y a des programmes psychosociaux qui ont permis de faire d'excellentes recherches ayant donné d'excellents résultats, que cela concerne le logement, la formation professionnelle ou l'éducation. Il y a des méthodes qui peuvent améliorer la situation. La question est de savoir comment les financer. C'est essentiel. C'est un domaine où le gouvernement fédéral pourrait exercer un certain leadership.

Deuxièmement, j'ai parlé de capacité. Je viens d'une institution universitaire. Si nous voulons donner des ressources à des programmes communautaires, il faudra former et recycler les



re-train people to work in that sector. That involves all the disciplines — medicine, psychology, or occupational therapy. That becomes an important piece to building a system.

There is this talk about a national plan. There must be some core values that drive that kind of plan. In relation to this population, the core values should include the whole business of social inclusion, community integration, and recovery. That is where it is going to happen if we are to get people assuming normal roles in society as much as possible.

The last thing — and this falls outside of my area of expertise — is how we govern this fragmented system. It seems we will have to do some restructuring, but it will have to happen at the local level. If there is some kind of governance that is set up it will have to be regional rather than provincial.

**Dr. Bourget:** In line with what Mr. Aubry just said, people with persistent and severe mental illnesses such as schizophrenia are often communicatively impaired. It is very difficult for them to reach out. There are resources, but they are fragmented with a little here and a little there. They do not know where to go and when to go.

It is no wonder that so many come through the legal system when their conditions get so bad that eventually they commit a crime or the police pick them up and bring them to the forensic hospital. From there on it becomes the entry door and then they get the services.

I do not have the solution to this very difficult problem, but it might help if we look at a construct where ideally there would be one door, through which the different people presenting there would benefit from a full assessment, and from being connected from a very early start to a social worker. Their needs would be assessed carefully and they could be connected to the services they need. That is something that would help in this situation.

**Mr. Grass:** This is a good question. I will speak with respect to the situation in Ontario, and to a small degree about the situation in other provinces.

The extent to which people have moved along in treatment for mental illness varies. Some situations are better than others. In Ontario, I have learned that sometimes when there is a set of problems you need to cocoon the problem. More often than not, you do not even understand the numbers underneath it. To answer your question, I would cocoon the mental health system. It does two things. First, it allows you to understand the ministry and the people of Ontario to let them know what they have. It allows you to assess the people and their ability to work together towards integration. Everyone will say they will integrate, but everyone will find a way not to integrate.

You have to cocoon for a period of time. What else does that do? I would do it with the same budget and/or the limited more recent budget for a year or two, for a period of time to allow you to understand what you have underneath you.

gens qui travaillent dans ce secteur. Cela implique toutes les disciplines — médecine, psychologie ou thérapie fonctionnelle. Ça devient un élément important du projet de construction d'un système.

On parle d'un plan national mais il est crucial qu'il repose sur certaines valeurs fondamentales. Pour cette population, les valeurs fondamentales devraient comprendre toute cette affaire d'inclusion sociale, d'intégration communautaire et de rétablissement. C'est ce qu'il faut faire si nous voulons que les gens assument le rôle le plus normal possible dans la société.

La dernière chose — et cela ne relève pas de mon domaine d'expertise — est de savoir comment gérer ce système fragmenté. Il me semble qu'il va falloir le restructurer, mais au niveau local. Si l'on met sur pied un certain type de gouvernance, il faudra que ce soit régional plutôt que provincial.

**La Dre Bourget:** Suite à ce que M. Aubry vient de dire, les gens souffrant de troubles mentaux persistants et profonds, comme la schizophrénie, ont souvent des troubles de la communication. Il leur est très difficile de communiquer avec autrui. Il y a des ressources mais elles sont fragmentées. Les gens ne savent pas où aller ni quand y aller.

Il n'est donc pas étonnant qu'un si grand nombre se retrouve dans l'appareil judiciaire, lorsque leur situation devient tellement mauvaise qu'ils finissent par commettre un crime ou que la police les embarque pour les amener dans un hôpital judiciaire. À ce moment là, ils franchissent la porte d'entrée et ils obtiennent les services.

Je n'ai pas de solution à proposer à ce problème très difficile mais il serait peut-être utile d'envisager un concept où, idéalement, il n'y aurait qu'une seule porte d'entrée, par laquelle les différentes personnes qui se présentent feraient l'objet d'une évaluation complète puis seraient dès le début mises en contact avec un travailleur social. On procéderait à une évaluation attentive de leurs besoins et on pourrait les orienter vers les services idoines. C'est quelque chose qui serait utile dans cette situation.

**M. Grass:** C'est une bonne question. Je vous parlerai de la situation en Ontario et, dans une certaine mesure, d'autres provinces.

L'évolution des gens dans le traitement de la maladie mentale varie. Certains cas sont meilleurs que d'autres. En Ontario, j'ai appris qu'il faut parfois coconner les problèmes quand il y en a une série. Plus souvent qu'autrement, on n'a même pas à comprendre les indications chiffrées. Pour répondre à votre question, j'essaierai de coconner le système de santé mentale. Cela ferait deux choses. D'abord, cela vous permettrait de comprendre le ministère et les gens de l'Ontario, pour leur faire savoir ce qu'ils ont. Cela permettrait d'évaluer les gens et leur aptitude à travailler ensemble vers l'intégration. Tout le monde dit qu'il faut intégrer mais tout le monde trouve le moyen de ne pas le faire.

Il faut donc coconner le système pendant un certain temps. Quoi d'autre? Je le ferais avec le même budget ou avec le budget limité d'il y a un an ou deux, pendant une certaine période, de façon à bien comprendre de quoi on parle.



In addition to understanding the mental health system, you will begin to understand what the concepts of regionalization really are, how they could possibly work, and how you get through to regional authorities on all those other deep-seated philosophical questions, which the lobbies all approach from different angles. It will allow you to manage a system to a point where you are giving a better service and you have a better understanding of integration. It will teach you, as we learn in business, how to bring together a set of separate operational constructs into one set of governance that will allow you to make outward resource allocation decisions that are fairer. Perhaps we will learn more about how that could effectively be a regional authority, or any of those other questions that will face us in the years to come.

For this mental health system, because the question was directed at it, there clearly needs to be a cocooning of that system. To follow Dr. Turnbull's comments, the funding must be independent — not allocated to the CCACs or any other community organization. There should be an independent governance authority possessing a set of evidence-based, decision-making abilities over a defined period of time, a manager and a set of intelligent resources who can begin to make decisions on integration. They will understand the population they are serving and lobby appropriately both within the community of services and the government to answer the question of a set of people and an amount of money. We clearly have not answered that question.

In Ontario, there is an allocation of money in the provincial budget that goes to mental health. Is that a fair amount of money for that group of people? If it is just that amount of money, then what set of resources can we provide if we all agree on a public education program over some period of time? We see these numbers of mental health patients increasing. Do we agree that that allocation has to be appropriately increased?

An intelligent coordination of that cocooned effort that can make the right lobby to help to help the ministry get over this time of inaction, this notion that it is better not to make a decision than to make a real decision. To go in a direction is to create that direction.

I am certain that that could be done. It would cross a number of conventional politically correct positions that exist in our system today. It is a difficult proposition. It needs a strong commitment. The federal position could start with a significant public education program and continue through an understanding of cross-ministry initiatives. It leads the federal government to encourage the provinces — some to a greater or lesser degree — to cocoon the mental health system for a period of time and presenting, at the end of each year, what they have learned on some evidence-based practice, and what decisions have been made as a consequence of the lobbies that exist.

En plus de comprendre le système de santé mentale, on commencerait à comprendre les notions de régionalisation, comment elles pourraient fonctionner et comment faire comprendre par les autorités régionales toutes ces autres questions profondes d'ordre philosophique, que les lobbys approchent toutes de points de vue différents. Cela vous permettrait de gérer le système de façon à dispenser un meilleur service et à obtenir une meilleure compréhension de l'intégration. Cela nous apprendrait, comme on le fait dans les affaires, comment réunir un ensemble de concepts opérationnels séparés dans un seul système de gouvernance, qui permettrait de prendre des décisions d'affectation des ressources budgétaires plus équitables. Peut-être réussirait-on à apprendre comment fonctionner efficacement avec une autorité régionale et à aborder toutes les autres questions auxquelles nous serons confrontés dans les années à venir.

Pour ce système de santé mentale, il est clair qu'il faudrait le coconner. Suite aux remarques du Dr Turnbull, le financement doit être indépendant — pas attribué aux CASC ni à aucune autre organisation communautaire. Il devrait y avoir une autorité de gouvernance indépendante capable de prendre des décisions à partir de données concrètes, pendant une période de temps définie, c'est-à-dire un gestionnaire et une série de ressources intelligentes pouvant prendre des décisions sur l'intégration. Ils comprendront la population qu'ils desservent et feront du lobbying approprié au sein de la communauté des services et du gouvernement pour répondre à la question du nombre de personnes et de la somme d'argent. Nous n'avons clairement pas répondu à cette question.

En Ontario, il y a dans le budget provincial une somme destinée à la santé mentale. Est-ce un montant équitable pour ce groupe de gens? S'il n'y a que cette somme, quelles ressources pouvons-nous fournir, si nous nous entendons sur un programme d'éducation publique pendant une période donnée? Nous voyons monter le nombre de patients en santé mentale. Sommes-nous d'accord pour une augmentation appropriée des budgets?

Une coordination intelligente de cet effort de coconnage pouvant exercer les bonnes pressions pour aider le ministère à surmonter cette période d'inaction, cette notion qu'il est préférable de ne pas prendre de décision plutôt que de prendre une vraie décision. Aller dans un sens revient à prendre une décision.

Je suis certain que ce serait possible. Cela surmonterait un certain nombre de positions d'orthodoxie politique qui existent dans notre système aujourd'hui. C'est une proposition difficile. Il faut un engagement solide. La position fédérale pourrait partir d'un programme important d'éducation publique et continuer par une compréhension d'initiatives interministérielles. Cela amènerait le gouvernement fédéral à encourager les provinces — certaines plus que d'autres — à coconner le système de santé mentale pendant un certain temps et à présenter, à la fin de chaque année, ce qu'on a appris sur le plan pratique, et quelles décisions ont été prises en conséquence des lobbys qui existent.



I do not believe that the mental health system should be separated into its own silo when we already have many individual silos within the system. Ultimately, after it is cocooned, it needs to be brought back into whatever model of primary care that should exist in the future as we try to understand what the appropriate model for the broader health care system is.

In any business or family proposition that we all have, you need to get hold of it. You need somehow to create a construct under which everyone is managing within an umbrella of direction and thinking, to answer your question.

**Senator LeBreton:** Mr. Aubry, you talked about self-help initiatives. I would like you to expand on what that entails. How do we get people into a self-help stage and how are programs like these self-help initiatives administered? Is there something happening right now that is moving this particular initiative along?

**Mr. Aubry:** In the mental health sector and around this issue of deinstitutionalization in North America, there has been a fairly strong consumer-driven movement, which is driven by people who had significant experience with the psychiatric system getting together and forming coalitions. Sometimes it is at a very local level. Sometimes it is at a provincial level. There are even national coalitions.

Those initiatives involve supporting each other, providing a voice politically and advocating for important change. There have also been some economic development self-help initiatives that are quite interesting. In such initiatives, groups of consumers and ex-consumers have got together to look at whether they can start small businesses. There are examples of those in Toronto.

We have also self-help initiatives for families. They have been important and have played a public education and support role. Perhaps Mr. Grass knows more about that than I do through his involvement. I refer to a group like the Schizophrenia Society, which is very family-based.

There is a type of self-help sector that is out there. It is kind of haphazard and it does not receive a significant amount of resources. However, we are finding evidence that it is another piece to the system that can make a difference to people. It is a more natural kind of support.

**Senator LeBreton:** Is this sort of a volunteer, bottom-up kind of system? How did it get started?

**Mr. Aubry:** It is largely a group of people getting together and saying, "As a group, we need to try to support each other and try to have a voice. Let us see if we can get some seed funding to get going." I do not know the exact number in Ontario, but there at least 40 now exist.

**Mr. Grass:** Self-help and advocacy groups that exist are an important question. I am familiar with the Schizophrenia Society. I know the president and a number of the officers, both for Ontario and for Canada. A number of individual groups that have come together to share their personal experiences. In many cases, this has been the result of frustration with the system.

Je ne crois pas que le système de santé mentale devrait être séparé dans son propre appareil cloisonné alors qu'il y a déjà tellement de cloisonnements individuels dans le système. À terme, après qu'il aura été coconné, il faudra le ramener dans le modèle de soins primaires qui devrait exister à l'avenir à mesure qu'on essaie de comprendre quel est le modèle approprié pour le système de santé dans son ensemble.

Dans toute proposition d'affaires ou familiale, il faut faire le point. Il faut d'une certaine manière concevoir un concept dans lequel chacun gère au sein d'un système de direction et de réflexion global, pour répondre à votre question.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Aubry, vous avez parlé d'initiatives d'autonomie. J'aimerais avoir des précisions. Comment amener les gens à l'étape de l'autonomie et comment gère-t-on les programmes correspondants? Y a-t-il quelque chose qui se fait actuellement en ce sens?

**M. Aubry:** Dans le secteur de la santé mentale et au sujet de cette question de désinstitutionnalisation en Amérique du Nord, le mouvement a été en grande mesure propulsé par les consommateurs, c'est-à-dire par des gens qui ont une expérience assez longue du système psychiatrique et de la création de coalitions. C'est parfois à un niveau très local. C'est parfois à un niveau provincial. Il y a même des coalitions nationales.

Ces initiatives s'appuient mutuellement, chacune menant une action politique pour obtenir des changements importants. Il y a également eu certaines initiatives autonomes de développement économique qui sont très intéressantes. Dans ces cas, des groupes de consommateurs et d'ex-consommateurs se sont réunis pour voir comment mettre sur pied une petite affaire. Il y en a des exemples à Toronto.

Il y a aussi des initiatives d'autonomie pour les familles. Elles ont été importantes et ont joué un rôle d'éducation publique et de soutien. M. Grass est peut-être plus au courant que moi à ce sujet. Je songe à un groupe comme la Société de la schizophrénie, qui est très familiale.

Il existe incontestablement un secteur d'action autonome. Cela se fait un peu au hasard et on n'y consacre pas beaucoup de ressources. Nous constatons cependant que c'est un autre élément du système qui peut être très utile pour les gens. C'est un type de soutien plus naturel.

**Le sénateur LeBreton:** S'agit-il d'une sorte de système de bénévolat, d'action à la base? Comment cela commence-t-il?

**M. Aubry:** C'est essentiellement un groupe de gens qui se réunissent et disent: «Collectivement, nous devons essayer de nous appuyer mutuellement et de nous défendre. Voyons si nous pouvons obtenir des fonds pour ça.» Je ne connais pas le chiffre exact en Ontario mais il y en a au moins une quarantaine.

**M. Grass:** Les groupes d'autonomie et de défense d'intérêts qui existent posent une question importante. Je connais la Société de la schizophrénie. Je connais le président et plusieurs de ses dirigeants, autant pour l'Ontario que pour le Canada. Il y a un certain nombre de groupes individuels qui se sont réunis pour partager leurs expériences personnelles. Dans bien des cas, ils



The problem with all of them — and again, they are extremely well-intentioned groups, and they have served family interests — is that they have not taken the jump. They are only now realizing that as many groups, they are not a successful lobby. In fact, they are doing a lot of work — they are meeting next week.

However, until they are able to get together to show the size of the mental health problem, and lobbying it in an informed and professional way, the likes of yourselves and provincial and federal politicians really do not get a good sense of how significant the issues are that their loved ones face.

The issues of self-help and advocacy groups are extremely important challenges and topics to articulate. They should continue to get together to inform, however, they must understand that they cannot do it in many multi-groups. Like any construct, there are the individual family health issues that must be dealt with and then they need to come together to provide an informed and broad-based opinion to committees such as this or those at the provincial level. We do not want a fragmented, uninformed view.

We must find a set of circumstances and constructs — what the advocacy is informing in an apolitical, unbiased way about the significance of mental illness in its broadest form. However, self-help is an extremely important issue.

**Sen. LeBreton:** What is your advice as to how we could motivate them to form this critical mass?

**Mr. Grass:** I think they are doing it. Like a lot of these things, it is a question of pace and time. For example, the Schizophrenia Society is meeting soon with several of the other organizations to talk about this. At the end of the day, one of the biggest problems will be to become more professional, to create the appropriate lobbyists and executive directors who can articulate the cases. What is the funding level that we need that we cannot raise from our within our own groups, from our lottery or whatever other “well-intentioned” but small-time issues?

How do we get the appropriate funding to them, such that they do not become a political force but they become an appropriate society communicating the right issue force? That is a challenge that I encourage you to encourage the advocacy organizations and find a balance there.

**Senator LeBreton:** Dr. Bourget, you talked about forensic patients, and how you move them and link them into the community. Mr. Grass talked about the not-in-my-backyard syndrome. How do you then deal with this? Are there any successful models in this country or the United States or the world where they have been successful in dealing with forensic patients and integrating them into the community, or is it an area that is unresolved because of the not-in-my-backyard syndrome?

l'ont fait suite à leur frustration avec le système. Le problème qu'ils ont tous — je le répète, ce sont des groupes extrêmement bien intentionnés, qui jouent un rôle utile pour les familles — est qu'ils n'ont pas fait le saut. Ils constatent maintenant que, même s'ils sont assez nombreux, ils n'ont aucun pouvoir politique. En fait, ils font beaucoup de travail — ils se réunissent la semaine prochaine.

Toutefois, tant qu'ils n'auront pas réussi à s'unir pour démontrer l'ampleur du problème de la santé mentale et pour faire des pressions politiques de manière efficace et professionnelle, des gens comme vous, tout comme les politiciens provinciaux et fédéraux, n'auront pas une idée très précise de l'ampleur du problème auquel les familles sont confrontées.

Les questions d'action autonome et de défense d'intérêts posent des défis très importants. Ces groupes doivent continuer à se réunir pour informer la population mais ils doivent comprendre qu'ils ne peuvent être efficaces en restant petits et nombreux. Comme tout concept, il y a les questions de santé familiale individuelles qu'ils doivent régler et il est crucial qu'ils se réunissent pour transmettre des opinions éclairées et globales à des comités comme le vôtre ou au niveau provincial. Nous ne voulons pas d'opinion fragmentée et non validée.

Nous devons trouver une série de circonstances et de concepts — qu'est-ce que ça veut dire faire des pressions de manière apolitique et objective sur la gravité des problèmes de maladie mentale, sous leur forme la plus large. Toutefois, l'action autonome est une question très importante.

**Le sénateur LeBreton:** Que leur conseillerez-vous pour les motiver à atteindre la masse critique?

**M. Grass:** Je pense qu'ils sont en train de le faire. Comme toujours, c'est une question de temps. Par exemple, la Société de la schizophrénie va bientôt rencontrer plusieurs autres organisations pour en parler. En fin de compte, l'un des plus gros problèmes qu'ils auront sera de devenir plus professionnels, de créer les lobbyistes appropriés et les directeurs exécutifs qui pourront défendre leurs causes. Quel est le niveau de financement dont nous avons besoin et que nous ne pouvons obtenir de l'intérieur de nos propres groupes, de notre loterie ou de toute autre activité «bien intentionnée» mais de portée limitée?

Comment pouvons-nous faire en sorte qu'ils obtiennent des crédits appropriés de façon à ne pas devenir une force politique mais plutôt une société appropriée communiquant les vrais problèmes? C'est un défi que je vous encourage à relever, en encourageant les organisations de défense concernées.

**Le sénateur LeBreton:** Madame Bourget, vous avez parlé de patients judiciaires et de leur transition vers la communauté. M. Grass disait qu'il leur est très difficile de trouver des logements. Comment peut-on résoudre ce problème? Y a-t-il des modèles couronnés de succès, au Canada, aux États-Unis ou ailleurs, où on a réussi à amener des patients judiciaires à se réintégrer dans la communauté, ou est-ce un problème qui reste non résolu parce que personne ne veut de gens comme ça dans son quartier?

**Dr. Bourget:** I am not sure what happens in other countries. I can speak for Ontario, Quebec and the rest of the Canada. It is very difficult because these people face a lot of stigma. I am not speaking of the low-risk forensic patients who have family support and can usually easily reintegrate into society. These people would also do well in the supervised boarding homes, with psychiatric follow-up. They can be connected with our clinics and some services in the community through the CMHA.

I am talking about the patients who committed serious crimes when they were ill — those who are considered moderate to high risk. Even when the psychosis has abated, they have responded to treatment and are ready to enter the community, there is a problem with lodging in particular. Where will they go? Many of them cannot live independently; and the supervised boarding homes will not want to take them in — mainly because of fear and stigma. Therefore, these people have a length of hospitalization that is longer than it should be because of the lack of resources in the community and also because of a lack of education and understanding. A lot of work needs to be done in this area.

One of the proposed models is a forensic transition house, not to reproduce yet another level of institutionalization in the community, but to serve as a bridge between the forensic hospital and the supervised boarding home. Supervised boarding homes usually are not supervised 24 hours a day. There may be one staff at night. The workers are usually not trained in mental health. Often these are people who decide to operate a supervised boarding home and get subvention. Sometimes we need settings that are a little more structured and secure for these individuals.

**Mr. Grass:** In addition, the convalescence issue of mental health is one of great interest. As a society, we do not provide much convalescence. We have, even within the Royal Ottawa Hospital, a one and two-week program, and expect these people to go back to their families or out into the community and get on with their lives. Other illnesses, as you well know, provide considerably more lengthy times in convalescence.

With respect to children, there is an ongoing discussion at CHEO and among professionals in the community, pertaining to some form of short-term, two-to-three month intervention program — not institutionalization — that deals with a number of the impairments and issues that arise on the road to recovery, before the support of housing and other issues.

The question of recovery period in convalescence is another challenge that you could articulate. There are those who could explain it more articulately than I. Simon Davidson and other doctors at the Royal Ottawa Hospital are all very keen to

**La Dre Bourget:** Je ne sais pas ce qu'il en est dans les autres pays, je ne peux parler que pour l'Ontario, le Québec et le reste du Canada. C'est une situation très difficile parce que ces gens font face à beaucoup de stigmatisation. Je ne parle pas des patients judiciaires à faible risque, qui bénéficient d'un soutien familial et qui peuvent généralement se réintégrer facilement dans la société. Ces gens-là s'en sortent très bien dans des foyers d'accueil supervisés, avec un suivi psychiatrique. Dans certains cas, ils sont reliés à nos cliniques et obtiennent certains services dans la communauté par le truchement de l'ACSM.

La situation n'est pas du tout la même pour les patients qui ont commis un crime grave alors qu'ils étaient malades — ceux qu'on estime présenter un risque modéré à élevé. Même quand leur psychose s'est atténuée, qu'ils ont bien réagi au traitement et qu'ils sont prêts à réintégrer la communauté, ils font face à un problème particulier de logement. Où peuvent-ils aller? Beaucoup ne peuvent vivre de manière indépendante, et les foyers d'accueil supervisés ne veulent pas les accueillir — essentiellement à cause de la crainte et de la stigmatisation. En conséquence, ces gens connaissent des périodes d'hospitalisation plus longues qu'il ne le faudrait, à cause du manque de ressources dans la communauté et d'un manque d'éducation et de compréhension. Il y a encore beaucoup à faire à ce sujet.

L'un des modèles qu'on a proposés est celui d'un foyer de transition judiciaire, non pour créer un autre niveau d'institutionnalisation dans la communauté mais pour faire le pont entre l'hôpital judiciaire et le foyer d'accueil supervisé. En règle générale, les foyers d'accueil supervisés ne le sont pas 24 heures par jour. Il peut n'y avoir qu'un employé la nuit. Généralement, les employés n'ont pas eu de formation en santé mentale. Bien souvent, ce sont les gens mêmes qui décident d'exploiter un foyer d'accueil supervisé et qui obtiennent une subvention. On voit parfois des foyers qui sont un peu plus structurés et sûrs pour ces individus.

**M. Grass:** En outre, la question de la convalescence en santé mentale présente un grand intérêt. Notre société ne permet pas beaucoup de convalescence. Même à l'Hôpital royal d'Ottawa, nous avons un programme d'une semaine et un autre de deux semaines, et nous nous attendons à ce que ces gens retournent dans leur famille ou dans leur communauté et continuent leur vie. Pour d'autres maladies, comme vous le savez bien, on donne beaucoup plus de temps de convalescence.

Pour ce qui est des enfants, il y a un débat en cours au HÉEO et parmi les professionnels de cette communauté concernant une certaine forme de programme à court terme, de deux à trois mois — pas un programme d'institutionnalisation — pour tenir compte de certains types de maladies et des problèmes qui peuvent se poser sur la voie du rétablissement, avant le soutien en matière de logement et d'autres questions.

La question de la période de convalescence est un autre défi que l'on peut articuler. D'autres pourraient l'expliquer beaucoup mieux que moi. Simon Davidson et d'autres médecins de l'Hôpital royal d'Ottawa s'intéressent vivement à cette question et étudient



introduce this issue and better understand how we can reintroduce and reintegrate these people in a more consistent way. Clearly, we are not doing it.

**Senator Callbeck:** One topic that has not come up this morning is tele-mental health. Can it play a role in helping people with mental illness return to their community or become fully integrated into society?

**Mr. Aubry:** Do you mean teleconferencing from a distance?

**Senator Callbeck:** Yes, and counselling or whatever. Is this being discussed at all within this area?

**Mr. Aubry:** It is being discussed in mental health and there are some pilot programs. In fact, I know there is one such program in Hull, but it tends to be in relation to outpatient, more acute types of difficulties that would be more transitory.

The community support services that have been developed and that have been shown to be effective, are provided in-vivo, meaning they are provided in the community, in people's homes. I am not familiar with even any pilot programs in that area for people with severe and persistent mental illness because there is such an important premium put on developing a long-term trusting relationship with professionals and service providers. It is an interesting idea and I suppose it arises when there is a problem with providing services in outlying regions, but I am not aware of any of those kinds of programs currently.

**Senator Callbeck:** Does anyone else want to comment on that?

**Dr. Bourget:** I am not sure that there is a role for this in terms of the topics that we have discussed today. However, there have been initiatives in tele-mental health for providing consultative services to more rural areas — mostly for consultation purposes. From a practical standpoint, one of the difficulties was in finding suitable time, from both ends of the system. Another issue that arose was the issue of how this system would be funded.

**Senator Callbeck:** Mr. Aubry, in your brief you presented future directions for mental health reform. You said that if people with severe mental illness are to have true integration back into Canadian society, we must have services and supports to help them return to school and get employment. You mentioned in the United States there are some programs that are truly impressive. Could you elaborate on one or two of those?

**Mr. Aubry:** Yes. I refer to them as a "third-generation" of services because I think we have made some inroads. The first generation was housing, the second generation was what is called "case management," or home care. For a lot of individuals with severe and persistent mental illness, the onset was late adolescence or early adulthood, it stopped them in their tracks. They leave school; they are not able to get going in the workforce. Third-generation services would include evidence-based programs that help people return to school. Usually there is a support there, a particular person, or a small group of people that help plan whatever kind of education that the person wants to pursue,

comment on pourrait réintégrer ces gens de manière plus cohérente. Il est clair que ça ne se fait pas actuellement.

**Le sénateur Callbeck:** Personne n'a encore abordé ce matin la question de la santé télémentale. Cela pourrait-il jouer un rôle pour aider ces gens à retourner dans la communauté ou à s'y réintégrer?

**M. Aubry:** Voulez-vous parler de téléconférence à distance?

**Le sénateur Callbeck:** Oui, et de prestation de conseils. Est-ce un concept dont on discute dans le secteur?

**M. Aubry:** On en discute en santé mentale et il y a certains projets pilotes. De fait, je sais qu'il y a un programme de ce genre à Hull, mais il est plus relié à des services externes et à des types de difficultés plus aiguës qui seraient plus transitoires.

Les services de soutien communautaire qui ont été mis sur pied et qui se sont avérés efficaces sont dispensés in vivo, c'est-à-dire dans la communauté, chez les gens eux-mêmes. Je ne connais pas de projets pilotes dans cette région pour des gens souffrant de troubles mentaux profonds et persistants, étant donné que l'on attache beaucoup d'importance à forger une relation de confiance à long terme avec les professionnels et avec les fournisseurs de services. C'est une idée intéressante et je suppose qu'elle pourrait être envisagée là où il est difficile de dispenser des services dans des régions éloignées, mais je n'ai connaissance d'aucun programme de ce genre actuellement.

**Le sénateur Callbeck:** Quelqu'un d'autre veut-il intervenir à ce sujet?

**La Dre Bourget:** Je ne suis pas sûre que ce type de système ait un rôle à jouer à l'égard du type de questions dont nous discutons aujourd'hui. Toutefois, il y a eu des initiatives de santé télémentale pour dispenser des services consultatifs dans les régions rurales — c'est surtout pour la consultation. D'un point de vue pratique, l'une des difficultés est de trouver le moment adéquat, pour les deux parties. Une autre difficulté est de savoir comment ce système serait financé.

**Le sénateur Callbeck:** Dans votre exposé, monsieur Aubry, vous avez parlé des orientations futures de la réforme de la santé mentale. Vous avez dit que, si l'on veut que les gens souffrant de troubles mentaux profonds puissent vraiment se réinsérer dans la société, nous devons leur offrir des services de soutien pour qu'ils puissent retourner à l'école, par exemple, et trouver du travail. Vous avez dit qu'il y a aux États-Unis certains programmes très impressionnants à cet égard. Pourriez-vous nous en parler?

**M. Aubry:** Oui. C'est ce que j'appelle des services «de troisième génération» car je pense que nous avons fait certaines percées. La première génération était le logement, la deuxième génération était ce qu'on appelle la «gestion de cas», ou les soins à domicile. Pour beaucoup de gens souffrant de troubles mentaux profonds et persistants, ceux-ci sont apparus à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte et les ont totalement paralysés. Autrement dit, ce sont des gens qui ont dû quitter l'école et qui ne peuvent pas occuper d'emploi. Les services de troisième génération comprennent des programmes fondés sur des données concrètes qui aident les gens à retourner à l'école. En règle générale, il y a un

provides some advocacy in getting into particular programs, and then supports the person while they are there. The similar kind of process is used in the workforce where, there is a support helping people prepare to return and then to re-enter the workforce.

The rate of effectiveness of these programs is in the range of 40 per cent to 50 per cent. These are not sheltered workshops; these are programs that get people into the actual labour market. However, a certain kind of coaching is required to help the person get ready to return to work and then deal with all the difficulties of actually starting a job and structuring one's life to full- or part-time employment.

**Senator Callbeck:** How long have these programs been in existence?

**Mr. Aubry:** I would say they go back over 10 or 15 years or more. They are continuing to be developed. There is continual research.

**Senator Callbeck:** Is the percentage increasing all the time?

**Mr. Aubry:** It is like the development of any kind of new intervention. There is a period where we have to find out what makes a difference and gradually improve it. The kind of research with which I am familiar suggests that it is something that can be effective.

**Mr. Grass:** There are three things in life: a house, a job and a friend. A number of initiatives in the United States have been highly successful. Obviously, many of these people are not going to realize the levels of quality of life they might initially have thought of. However, in many cases they are, over time, getting involved in job-action programs. There are efforts called the "Club House" in the U.S. and a number of programs where people have taken on menial jobs at the beginning and moved into truly competitive jobs in the community. Often, these jobs are at the lower levels, but at least they are progressed beyond the point that they might have been and are out of the house doing something and getting paid for it.

We could give you a number of examples that have been in existence for some time, but it is not something that we have embraced in a significant way in Ontario.

**Senator Cook:** There are gaps in the system: Psychiatrists are in short supply; trained people are in short supply; the judiciary and police need sensitivity training in this whole field. How do we go about that? We are where we are with how the system is organized and managed today.

**Mr. Grass:** I am intrigued by the cocoon principle. You advocate a cocoon principle and then integration. I would like to hear how you would manage the cocoon stage, a time frame and if you have any ideas such as core values, evidence-based information, whatever, to integrate.

système de soutien, une personne particulière ou un petit groupe de gens, qui peut aider à leur dispenser le type d'éducation qu'ils souhaitent, les aider à s'intégrer dans certains programmes et leur donner un appui continu. Le même processus continue dans la population active, c'est-à-dire qu'il y a un mécanisme de soutien pour aider les gens à se préparer à retourner au travail.

Ces programmes connaissent un taux d'efficacité de l'ordre de 40 à 50 p. 100. Il ne s'agit pas d'ateliers protégés mais de programmes qui permettent aux gens de retourner sur le marché du travail classique. Certes, un certain degré d'entraînement est nécessaire pour aider les gens à se préparer à retourner au travail et à faire face à toutes les difficultés qu'ils vont rencontrer lorsqu'ils vont effectivement commencer à travailler, et à restructurer leur vie en fonction d'un emploi à temps plein ou à temps partiel.

**Le sénateur Callbeck:** Depuis combien de temps existent ces programmes?

**M. Aubry:** Je dirais, depuis 10 à 15 ans. On continue d'en créer. Les recherches continuent.

**Le sénateur Callbeck:** Le pourcentage augmente-t-il continuellement?

**M. Aubry:** C'est comme pour n'importe quelle autre nouvelle intervention. Il y a une période où on essaie de comprendre ce qui est efficace, puis une période d'amélioration. Le type de recherche que je connais me porte à croire que c'est quelque chose qui peut être efficace.

**M. Grass:** Il y a trois choses dans la vie: un toit, un emploi et un ami. Un certain nombre d'initiatives américaines ont connu beaucoup de succès. Évidemment, bon nombre de ces gens ne vont pas atteindre une qualité de vie aussi élevée qu'ils peuvent le croire au début. Toutefois, dans bien des cas, à terme, ils entrent dans des programmes d'emploi. Il y a des efforts comme «Club House» aux États-Unis, et un certain nombre de programmes où des gens ont commencé avec un petit emploi puis ont évolué vers des emplois vraiment compétitifs. Il s'agit souvent d'emplois à des niveaux inférieurs mais ils permettent au moins à leurs titulaires de progresser par rapport à leur état antérieur et de sortir de chez eux pour faire quelque chose et être payés.

Nous pourrions vous donner un certain nombre d'exemples de programmes qui existent depuis un certain temps, mais ce n'est pas quelque chose que l'on a adopté de manière vraiment sérieuse en Ontario.

**Le sénateur Cook:** Il y a des trous dans le système: on manque de psychiatres, on manque de personnes formées, la magistrature et la police ont besoin de formation de sensibilisation sur tout ce domaine. Comment faire? Nous devons faire avec le système tel qu'il existe et est géré aujourd'hui.

Monsieur Grass, je suis intriguée par votre principe du cocon. Vous recommandez un principe du cocon puis l'intégration. J'aimerais savoir comment vous pourriez gérer l'étape du cocon, sur le plan temporel, et si vous avez des idées comme les valeurs centrales, les informations validées, quoi que ce soit, à intégrer.



**Mr. Grass:** With respect to the cocoon principle, I would not see a time frame beyond two years. I do not believe that it should become a life onto itself. I believe that mental health is no different from physical health and it should be a part of the system. It would be absolutely wrong to silo mental health in the way that it is already siloed into a number of services.

We must find a commitment within our federal and provincial philosophy to address what is the answer to our health system and how this cocoon would move back into the system. That should be accepted right from the beginning.

There is no reason to believe that the mental health issues should be separated. They have their own set of issues. However, we have worked issues unique to cancer and other illnesses and brought them under one umbrella as part of the whole system. Why can we not find a similar answer in mental health?

I have put a lot of detail into a substantial report, a copy of which I believe your committee has. I would hope that you have a chance to read it, because I believe that it provides a path on the cocooning toward moving back into the primary care system, whatever that may be.

**Senator Cook:** What we are really all about here today is seeing how we, as a society, cope with people who have special needs. How we go about it will be a challenge.

**Mr. Grass:** We are challenged to find the right balance. We are all faced with fiscal constraints. More often than not in resource allocation, I have always taken the cocoon and not asked for any more capital. I just tried to understand what we have within the cocoon and then the steps become obvious after that, frankly.

You understand the group that you are trying to support, or the product you are trying to sell. I am not trying to say there is a direct relationship, because we all know that health and the commercial side are far different. However, you have to understand the issues and the biases within your own cocoon. We clearly now have so many of them that we cannot control all of them. We must find a way to corral our thinking.

**Senator Morin:** As a retired chairman of medicine, Dr. Turnbull has selected the most unusual type of research. I would advise him, for his next project, to have a ward-based research program so the residents might do the work for him. Instead, here he is visiting the homeless and so forth. I am not sure it is very dignified for a chairman.

I would like to thank and congratulate all four witnesses. It has been an extremely instructive session.

**The Chairman:** I would like to finish with one piece of homework for everyone, which builds on Senator Cook's and Senator Keon's questions.

**M. Grass:** Pour ce qui est du principe du cocon, je ne l'envisage pas pour plus de deux ans. Je ne crois pas que cela devrait devenir le système en soi. Je crois que la santé mentale n'est pas différente de la santé physique et qu'elle doit faire partie du système. Ce serait une erreur absolue de cloisonner la santé mentale comme elle est déjà cloisonnée dans un certain nombre de services.

Il nous faut trouver un engagement au sein de notre philosophie fédérale et provinciale pour chercher ce qu'est la réponse à notre système de santé mentale et comment ce cocon retournerait dans le système. Cela devrait être accepté dès le départ.

Il n'y a aucune raison de croire que les questions de santé mentale doivent être séparées. Elles ont leur propre problématique mais nous avons traité de questions particulières comme le cancer ou d'autres maladies en les ramenant dans le même ensemble, comme partie du système global. Pourquoi ne pourrions-nous pas trouver une réponse similaire en santé mentale?

J'ai mis beaucoup de détails dans un rapport substantiel dont le comité a reçu un exemplaire, je crois. J'espère que vous aurez la possibilité de le lire car je crois qu'il indique un chemin sur la méthode du cocon, avec retour dans le système de soins primaires, quel que soit ce système.

**Le sénateur Cook:** Au fond, nous sommes ici aujourd'hui pour voir comment notre société peut agir à l'égard des gens qui ont des besoins spéciaux. Ce sera un défi.

**M. Grass:** Le défi est de trouver le juste équilibre. Nous faisons tous face à des contraintes budgétaires. Plus souvent qu'autrement, en affectation de ressources, j'ai pris la position du cocon et je n'ai pas demandé de capital supplémentaire. J'ai juste essayé de comprendre ce que nous avons à l'intérieur du cocon et, ensuite, les étapes deviennent évidentes.

Vous comprenez le groupe que vous essayez d'appuyer, ou le produit que vous essayez de vendre. Je n'essaie pas de dire qu'il y a un lien direct, car nous savons tous que la santé et le commerce sont largement différents. Toutefois, on doit comprendre la problématique et les paramètres de son propre cocon. Nous en avons aujourd'hui un si grand nombre que nous ne pouvons pas les contrôler tous. Nous devons trouver le moyen de focaliser notre réflexion.

**Le sénateur Morin:** Pour un pont de la médecine à la retraite, le Dr Turnbull a certainement choisi un champ de recherche tout à fait inusité. Pour son prochain projet, je lui recommanderais d'entreprendre un projet de recherche en hôpital, ce qui permettrait aux internes de faire le travail pour lui. Au lieu de cela, il est maintenant en train de visiter les sans-abri. Je ne suis pas sûr que ce soit très digne pour un ex-président.

Je tiens à remercier et à féliciter nos quatre témoins. Nous venons d'avoir une séance extrêmement instructive.

**Le président:** Je voudrais terminer la séance en confiant une tâche à tout le monde, suite aux questions du sénateur Cook et du sénateur Keon.

In the end, this committee will do what it did in its first report: It will give very concrete, specific and doable recommendations rather than come out at the very general philosophical level, which a number of other reports have done. All of you said right up front that this is an unbelievably uncoordinated, fragmented system, which is obviously colossally inefficient. That is the nature of fragmentation in anything. Second, it is not nearly as good for patients as other systems would be.

Mr. Grass has suggested some specific ways of dealing with that and we have his report that presents some specific proposals. I would like the rest of you to think about it and give us your thoughts, keeping the following in mind: We fully understand that no one will voluntarily give up their independence. There is Will Rogers' line that everyone is in favour of progress but no one is in favour of change.

Therefore, some element of persuasion — in the "godfather" sense of persuasion — may be required. One of the requirements may be that people do not get money unless they agree to be integrated into a particular system. While it may not be politically correct for us to suggest such a strategy, that is unlikely to be a constraint on where we end up.

We need some hard-nosed advice from those of you in the field on what really needs to be done. Forget for the moment that people may not do it voluntarily. Forget that we may have to find ways of persuading them that what they need to do is the right thing to do. The more detail you can give us over the next little while — give us a call, drop us a note — on what that structure should look like would be enormously helpful.

In the end, to simply say that the system needs to be coordinated better is a total waste of our time and everyone else's, because we all know that. The issue is how to get it done. We cannot figure out how to do it unless people like you on the ground tell us how. If you would accept this minor assignment, that would be extremely helpful to us.

Thank you all for coming. It has been a great morning.

The committee adjourned.

En fin de compte, le comité fera comme dans son premier rapport, il produira des recommandations très concrètes, précises et réalistes, plutôt que de s'en tenir à un niveau philosophique très général, comme on a pu le constater dans un certain nombre d'autres rapports. Vous nous avez tous dit que le système est incroyablement fragmenté et morcelé, ce qui est à l'évidence une source d'inefficience colossale. C'est toujours l'effet de la fragmentation. Deuxièmement, le système est loin d'être aussi positif pour les patients que d'autres systèmes pourraient l'être.

M. Grass a recommandé des méthodes assez précises pour modifier le système, et nous avons ses propositions dans son rapport. J'aimerais que les autres poursuivent leur réflexion à ce sujet et nous en communiquent le fruit, étant entendu que nous savons parfaitement que personne ne renoncera volontairement à son indépendance. Comme disait Will Rogers, tout le monde veut aller au ciel mais personne ne veut mourir.

En conséquence, il faudra peut-être un certain degré de persuasion — au sens du «parrain». On pourrait par exemple décider de ne pas donner d'argent tant que les destinataires n'auront pas accepté de s'intégrer à un système particulier. Il ne serait peut-être pas politiquement orthodoxe pour nous de suggérer une telle stratégie mais cela ne devrait pas nous empêcher de le faire si c'est là que mène notre réflexion.

Nous attendons de vous qui êtes des gens de terrain des recommandations très réalistes et concrètes sur ce qu'il faut faire. Oubliez pour le moment que les parties concernées risquent de résister. Oubliez qu'il nous faudra peut-être trouver le moyen de les convaincre que ce genre de réforme est justifié. Plus vous nous donnerez de détails dans les prochains jours — par écrit ou au téléphone — sur la nouvelle structure qu'il faudrait mettre en place, plus cela nous sera utile.

Pour conclure, se contenter de dire que le système devrait être mieux coordonné nous fait perdre notre temps à tous car nous le savons tous. Le problème est de savoir comment y arriver. Or, nous ne pouvons le découvrir si des gens comme vous, qui êtes sur le terrain, ne nous disent pas comment faire. Si vous voulez bien accepter ce petit travail complémentaire, nous vous en serions extrêmement reconnaissants.

Je vous remercie tous d'être venus. Ce fut une excellente matinée.

La séance est levée.



*in the Canadian Academy of Psychiatry and the Law:*

Dr. Dominique Bourget, President.

*an individual:*

Michael Grass, Past-Chair, Champlain District Mental Health  
Implementation Task Force

*De l'Académie canadienne de psychiatrie et de droit:*

Dre Dominique Bourget, présidente.

*À titre personnel:*

J. Michael Grass, président sortant, Groupe de mise en œuvre en  
santé mentale du district de Champlain



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

**Wednesday, June 4, 2003**

*From the Canadian Coalition for Seniors Mental Health:*

Dr. David K. Conn, Co-Chair; President, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry.

*From the St. Joseph's Health Care London:*

Maggie Gibson, Psychologist.

*From the Alzheimer Society of Canada:*

Steve Rudin, Executive Director.

*From the Hamilton Health Sciences Centre:*

Venera Bruto, Psychologist.

**Thursday, June 5, 2003**

*From the University of Ottawa:*

Tim D. Aubry, Associate Professor; Co-Director, Centre for Research and Community Services;

Dr. Jeffrey Turnbull, Chairman, Department of Medicine, Faculty of Medicine.

*(Continued on the previous page)*

#### TÉMOINS

**Le mercredi 4 juin 2003**

*De la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées*

Docteur David K. Conn, coprésident; président, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique.

*Du St. Joseph's Health Care London:*

Maggie Gibson, psychologue.

*De la Société Alzheimer du Canada:*

Steve Rudin, directeur exécutif.

*Du Hamilton Health Sciences Centre:*

Venera Bruto, psychologue.

**Le jeudi 5 juin 2003**

*De l'Université d'Ottawa:*

Tim D. Aubry, professeur associé ; codirecteur, Centre de recherche sur les services communautaires;

Dr Jeffrey Turnbull, directeur, Département de médecine, Faculté de médecine.

*(Suite à la page précédente)*





Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

**Social Affairs,  
Science and  
Technology**

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, June 12, 2003

---

**Issue No. 18**

**Thirteenth meeting on:**

Mental Health and Mental Illness

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

**Affaires sociales,  
des sciences  
et de la technologie**

*Président:*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 12 juin 2003

---

**Fascicule n° 18**

**Treizième réunion concernant:**

La santé mentale et la maladie mentale

---

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck	Léger
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p	Roche
Keon	Rossiter

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, June 12, 2003  
(26)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 11:04 a.m. in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cook, Cordy, Kirby, Léger, Morin, Robertson and Roche (7).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: Howard Chodos.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 4, 2003, the committee began its consideration of issues arising from, and developments since the tabling of its final report on the state of health care system in Canada in October 2002, in particular, issues concerning mental health and mental illness.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Mental Health Association — Ontario Division:*

Ms. Patti Bregman, Director of Programs.

*From the CN Centre for Occupational Health and Safety:*

Mr. Kevin Kelloway, Director.

*From the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:*

Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Shepell Consultants.

*From the Canadian Institutes of Health Research:*

Mr. Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health.

Jean-Yves Savoie, Rod Phillips, Kevin Kelloway and Patti Bregman each made a presentation and answered questions.

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 12 juin 2003  
(26)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 04, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Kirby, Morin, Robertson et Roche (7).

*Également présent:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 4 février 2003, le comité entreprend son étude sur les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents, et particulièrement sur les enjeux liés à la santé et la maladie mentale.

**TÉMOINS:**

*De l'Association canadienne de la santé mentale — Division de l'Ontario:*

Mme Patti Bregman, directrice des programmes.

*Du CN Centre for Occupational Health and Safety:*

M. Kevin Kelloway, directeur.

*De la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:*

M. Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell.

*Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

M. Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de la santé publique et des populations.

Jean-Yves Savoie, Rod Phillips, Kevin Kelloway et Patti Bregman font à tour de rôle un exposé et répondent aux questions.

À 13 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

## EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, June 12, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:04 a.m. to study on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we are here to continue our study on mental health. We have four witnesses this morning. Our first witness is Mr. Jean-Yves Savoie, President of the Institute Advisory Board of the Institute of Population and Public Health, of CHIR. We will then hear from Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer of Warren Shepell Consultants, who are large in EAP work. Third is Mr. Kevin Kelloway, Director of the CN Centre for Occupational Health and Safety, based at Saint Mary's University in Halifax. Finally, we will hear from Ms. Patti Bregman, Director of Programs for the Canadian Mental Health Association, Ontario Division.

We would ask you to succinctly summarize your presentations. You will discover that our committee likes to ask questions. We can always read your paper, but it is useful for us to be able to exchange in a dialogue with you. We will hear from all four of you and then we will go to questions.

We will begin with Mr. Savoie.

[*Translation*]

**Mr. Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health, Canadian Institutes of Health Research:** Rather than dealing with the subject of the brief I tabled, I would like to show how it came about that we prepared this brief. To do so, I will be taking a few minutes of your time to talk about my career and my involvement in the workplace. You will then be able to understand the connection between the two.

Thirty years ago I began working in occupational health in the field of toxicology. The thinking in the workplace at the time was that there were contaminants and there were intoxications; this was seen as a dichotomy with a direct causal link. There were workers who were intoxicated. Research demonstrated the toxicity of certain products. Standards were established and applied and there was a significant drop in exposure in the workplace. We can see here a simple relationship between research, application and legislation.

During the 80s, people in the workplace asked me why I was working solely in the field of toxicology and did not deal with matters such as back problems that were recognized as a major problem. I was asked why there was so little research on back problems and so little information on what could be done to treat them. We can immediately see the difference between a

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 12 juin 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 04 pour examiner les questions qu'ont suscité le dépôt de son rapport final sur le système de soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Michael Kirby** (président) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous sommes ici pour poursuivre notre étude de la santé mentale. Nous recevons quatre témoins ce matin. Notre premier témoin est M. Jean-Yves Savoie, président du Conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC. Nous entendrons ensuite M. Rod Phillips, président et directeur général des Consultants Warren Shepell, qui font beaucoup de travail au niveau des PAE. Le troisième témoin est M. Kevin Kelloway, directeur du CN Centre for Occupational Health and Safety qui est situé à l'Université Saint Mary's à Halifax. Enfin, nous entendrons Mme Patti Bregman, directrice des programmes de l'Association canadienne pour la santé mentale, Division de l'Ontario.

Nous vous demandons de bien vouloir résumer succinctement vos exposés. Vous verrez que notre comité aime poser des questions. Nous pouvons toujours lire votre mémoire, mais il est utile pour nous de pouvoir dialoguer avec vous. Nous allons d'abord entendre chacun d'entre vous, ensuite nous passerons aux questions.

Nous allons commencer par M. Savoie.

[*Français*]

**M. Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada:** Plutôt que d'aborder l'objet du mémoire que j'ai déposé, je vais montrer pourquoi nous sommes arrivés à ce mémoire. Pour ce faire, je vais prendre quelques instants pour parler de ma carrière et mon implication avec les milieux de travail. Vous allez comprendre le lien par la suite.

J'ai commencé, il y a 30 ans, en santé au travail en toxicologie. Les milieux de travail à ce moment-là pensaient contaminants, pensaient intoxications et c'était une dichotomie, un lien causal direct. Nous avions des travailleurs intoxiqués. La recherche a démontré la toxicité des produits. Les normes ont été établies et appliquées et l'exposition a nettement baissé dans les milieux de travail. On peut voir là une relation simple entre la recherche, l'application et la législation.

Dans les années 80, les milieux de travail m'ont demandé pourquoi je travaillais uniquement en toxicologie et que je ne m'occupais pas du problème des maux de dos pourtant reconnu comme un problème majeur. On me demandait: «Comment se fait-il qu'il y a peu de recherche sur les maux de dos et qu'il y a très peu de données pour savoir qu'est-ce que l'on fait avec



toxicological problem where a particular substance causes intoxication and backaches with their multiple etiology. We are talking about the less evident consequences, on the one hand, as well as the entire process that a workplace accident victim goes through. According to a study carried out at the time, 7 per cent of workers with back problems accounted for 70 per cent of the entire costs paid by the workplace safety and insurance boards of Canada for this pathology. Who were the workers making up this 7 per cent? They were people who were lost in the health system and forgotten by the compensation system, several of whom ended up with mental health problems. The boards referred to them as the psychiatric cases. We can see that a toxicology problem became much more complicated when back problems were factored in.

Since that time a certain amount of research has been done and action has been taken. There has been a lot of interaction between research and stakeholders, in particular the workplace safety and insurance boards, hospitals and rehabilitation centres. We can see that an integrated approach was adopted for prevention on return to employment.

During the 1990s, I was the director general of the Quebec Institute for Research on Health and Workplace Safety. When we visited companies, we were told that they were not so concerned about back problems, but absenteeism and mental health problems. We can see that over the period of 30 years three major stages developed. In the case of mental health we are dealing with multiple etiology. What can we do? There is stigmatization in the workplace and a great absence of scientific evidence, notably with respect to the return to employment of people with mental health problems, in some cases before such problems develop into mental disorders.

The connection I wish to make is the following: if research can help us with back problems in the same way as it helped with toxicology, it seems to me it can also be of significant assistance in dealing with the whole range of mental disorders. The Canadian Institutes of Health Research, with which I am associated as president of an advisory board of the Institute of Population and Public Health, set up a working group that should be developing a research agenda for the future starting next year.

There are a few points I would like to make. Contrary to toxicology and to some extent back problems, mental health in the workplace is already an issue of some conflict. There is the matter of compensation that comes up and as you can understand, for certain workers the recognition of their mental health problems should automatically result in compensation from the workplace safety and insurance boards. Employers do not know how to manage the situation. They are aware of the extent of the problem and quite obviously they are worried about the enormous costs that go along with it.

quelqu'un qui a mal au dos?» On peut voir tout de suite la différence entre un problème toxicologique, où vous avez une substance, une intoxication et des maux de dos où nous parlons d'étiologie multiple. Nous parlons de conséquences moins évidentes, d'une part, et de tout le cheminement d'un travailleur accidenté. Une étude réalisée à cette époque a démontré que 7 p. 100 des travailleurs atteints de maux de dos représentaient 70 p. 100 des coûts de l'ensemble des Commissions des accidents du travail du Canada pour cette pathologie. Quels étaient ces travailleurs inclus dans le 7 p. 100? C'était les travailleurs qui étaient perdus dans le système de santé et qui étaient oubliés par le système de compensation et dont plusieurs développaient des problèmes de santé mentale. Les commissions les appellent les cas «psy». Nous pouvons voir qu'un problème de toxicologie devenait nettement plus compliqué lorsque nous parlions de maux de dos.

Je dois dire que depuis cette période plusieurs recherches ont été faites et des actions ont été entreprises. Il y a beaucoup d'interactions entre la recherche et les acteurs, notamment la Commissions des accidents du travail, les centres hospitaliers et les centres de réadaptation. On peut voir que pour la prévention au retour au travail il y a une intégration de l'ensemble des actions.

Dans les années 90, j'étais directeur général de l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec. Lorsque nous allions dans les entreprises, on nous disait que ce n'est plus tellement les maux de dos qui les préoccupaient, mais l'absentéisme et les problèmes de santé mentale. Nous pouvons voir que dans l'espace de 30 ans trois étapes majeures se sont dessinées. Lorsque nous abordons la santé mentale, nous parlons d'étiologie multiple. Que pouvons-nous faire? Nous parlons de stigmatisation en milieu de travail et d'une absence énorme d'évidences scientifiques, notamment pour le retour au travail des gens qui ont des problèmes de santé mentale avant même parfois que cela ne devienne des troubles de santé mentale.

Le lien que je veux faire est le suivant: si la recherche peut nous aider pour les maux de dos comme elle nous a aidés en toxicologie, j'ai l'impression qu'elle pourrait nettement aider l'ensemble des problèmes des troubles de santé mentale. Les Instituts de recherche en santé du Canada auxquels je suis associé en tant que président d'un conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations, a mis sur pied un groupe de travail qui devrait nous permettre d'élaborer un agenda de recherche au fil des ans notamment à partir de l'an prochain.

J'aimerais faire ressortir quelques points. Contrairement à la toxicologie et en partie aux maux de dos, la santé mentale en milieu de travail est déjà un sujet conflictuel. Il y a une question de compensation qui se présente à l'horizon et vous comprendrez que pour une partie des travailleurs de faire reconnaître les problèmes de santé mentale automatiquement devrait se traduire par la compensation des Commissions des accidents du travail. Les employeurs ne savent pas comment gérer la situation. Ils voient l'ampleur du problème et de toute évidence ils sont inquiets des coûts énormes qui y sont associés.



In discussing matters of mental health, we are not dealing with something that is cut and dried. My board of directors was made up of seven employers and seven union representatives and I can tell you that it was not smooth sailing. It is an extremely interesting subject and we have been able to make great progress.

The solution will certainly require involvement on the part of the workplace. We cannot consider the workplace as if it were a school or a hospital. It is an entity in itself, a family with its own rules and its own way of behaving and we cannot do without its involvement.

Is there some way of bringing closer together those involved in research and the stakeholders? We must realize that we cannot remove the problem from the workplace but we can take a worker out of his workplace and refer to him as a patient.

I have no choice then but to work with the different workplaces and their representatives to come up with regional solutions. The experience with back problems, among other possible examples, demonstrates that when research is accompanied by action — we must emphasize the importance of action because urgent measures must be taken — the knowledge at our disposal increases. When there is this increase in the knowledge available, then the problem of disagreement or conflicting views is not as serious because of a better understanding of the situation. The example of the treatment for back problems, something which is now facilitated by the Canadian Institutes of Health Research, illustrates the way in which interprovincial and multidisciplinary research can be useful in the field of mental health. That is the proposal being made by the group of institutes in their brief.

[English]

**Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Shepell Consultants, Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:** It is a pleasure to have the opportunity to speak to you about mental health and the role that Canadian employers can play in that. I am here representing the Global Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, and also as the president of our country's largest provider of employee assistance programs. I will deal with some of the statistics and information that the roundtable provides as well as a perspective as a private sector provider of mental health services.

Former finance minister Michael Wilson and former Liberty Health CEO Bill Wilkinson founded the roundtable in 1998 after reviewing a study that had been produced by the Harvard School of Public Health and the World Health Organization. The study dealt with the effects of depression and mental health and projected that mental health — particularly depression — would be the second leading cause of disability in the world by the year 2020.

Lorsque nous parlons de santé mentale au travail nous allons nécessairement naviguer en eaux troubles. Mon conseil d'administration comptait sept employeurs et sept syndiqués, et je peux vous dire ce que c'est que de naviguer en eaux troubles. C'est une eau extrêmement intéressante et qui nous permet de faire avancer les choses.

La solution va nécessairement passer par l'implication des milieux de travail. Nous ne pouvons pas considérer les milieux de travail comme une école, comme un hôpital. C'est une entité en soi, c'est une famille en soi avec ses règles et son art d'agir et nous ne pourrions pas le faire sans eux.

Y aurait-il moyen que l'ensemble des acteurs de la recherche et des intervenants se rapprochent les uns des autres? Il faut comprendre que l'on ne peut pas sortir le problème du milieu de travail, mais l'on peut sortir un travailleur de son milieu de travail et l'appeler un patient.

Je dois donc travailler avec les milieux de travail et l'ensemble de leurs représentants afin de trouver des solutions originales. L'expérience sur les maux de dos, entre plusieurs autres exemples possibles, démontre que quand la recherche accompagne l'action — il ne faudrait surtout pas arrêter l'action, parce qu'il est urgent que des mesures soient prises en ce sens — le bassin des connaissances augmente. Quand le bassin des connaissances augmente, la problématique des discussions ou des réactions adverses diminue, parce qu'un meilleur éclairage est apporté à la situation. L'exemple sur le traitement des maux de dos, qui est maintenant facilité par les Instituts de recherche en santé du Canada, illustre la façon dont les recherches interprovinciales et multidisciplinaires pourraient être reprises en santé mentale. C'est ce que le groupe des instituts propose de faire dans son mémoire.

[Traduction]

**M. Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell, Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:** C'est un plaisir d'avoir l'occasion de venir vous parler de la santé mentale et du rôle que les employeurs canadiens peuvent jouer à cet égard. Je suis ici à titre de représentant de la Global Economic Roundtable on Addiction and Mental Health et aussi à titre de président du principal fournisseur de programmes d'aide aux employés au pays. Je vous parlerai de certaines des statistiques et des données que la table ronde fournit et je vous ferai part de notre perspective en tant que fournisseur de services de santé mentale du secteur privé.

L'ancien ministre des Finances, Michael Wilson, et l'ancien président et directeur général de Liberty Health, Bill Wilkinson, ont fondé la table ronde en 1998 après avoir examiné une étude qui avait été préparée par la Harvard School of Public Health et l'Organisation mondiale de la santé. L'étude portait sur les effets de la dépression et de la santé mentale et projetait que la santé mentale — particulièrement la dépression — serait la deuxième cause principale d'incapacité dans le monde d'ici 2020.



The roundtable produces information and analysis and it brings together about 100 of the most senior business leaders in Canada to talk about mental health as an economic issue and as a business issue, under the leadership of Mr. Wilson and Mr. Wilkinson.

Drawing attention to these issues, the roundtable reported that mental illness costs Canadian businesses an \$11 billion in lost production every year. Furthermore, burnout, stress and disengagement probably you can double that number.

There are a few other statistics for which I provide the sources in my background material. Major insurers such as Manulife, Great West Life, Sun Life estimate that upwards of 40 per cent of their disability claims now have a mental health component. That is a very big number if you think of the amount of money that employers are spending around disability. Absenteeism in Canada averages about 8.5 per cent according to Stats Canada. It is estimated that over half of that is related to mental illness or mental health issues such as stress. Something called "presenteeism" — the workplace version of absenteeism is when people are there, but they are not there, if you know what I mean — is estimated to affect about three times as many employees as are absent. A recent Gallup study said that about half of all workers are disengaged as a result of stress and other things in the workplace. Finally, about 14 per cent of the net annual profits of companies in Canada is lost as a result of mental health issues.

These represent some big numbers for business and, therefore, for Canadians. We, at Warren Shepell Consultants and at the roundtable, believe that the linkage between the health of workers and the health of the economy is quite close.

I would like to touch briefly on mental illness, mental health and our definition of those terms. Mental illness is a series of diagnosable mental disorders: Depression, substance abuse, and other mental illnesses that prevent people from remaining in the workplace or being productive.

Mental health is basically a state where people can be optimally productive and effective. Good mental health or wellness is defined usually as an active process of becoming aware and making choices towards a more successful existence encompassing physical, social, occupational, intellectual and emotional aspects of living.

We differentiate between "mental illness," which is a portal through which people enter the systems that help them — and is something our company does not deal with — and "mental health" — which is what we do in helping Canadian employees and their employers maintain a high level of productivity in their workplaces.

Organizations such as the Centre for Addiction and Mental Health, the Canadian Mental Health Association, and the Canadian Psychiatric Association estimate that approximately

Le table ronde qui réunit environ une centaine des principaux chefs d'entreprise au Canada donne de l'information et fait une analyse relativement à la santé mentale en tant que problème économique et commercial, sous la direction de M. Wilson et de M. Wilkinson.

La table ronde signale que les coûts de la santé mentale pour les entreprises canadiennes représentent une perte au chapitre de la production de 11 milliards de dollars par an. Par ailleurs, si l'on ajoute l'épuisement professionnel, le stress et le désengagement, ce chiffre peut sans doute doubler.

Il y a quelques autres statistiques dont je donne les sources dans la documentation que je vous ai remise. Les grands assureurs comme Manulife, la Great West Life, la Sun Life, estiment que jusqu'à 40 p. 100 de leurs sinistres l'invalidité comportent maintenant une composante de santé mentale. C'est un pourcentage très élevé si l'on songe au montant d'argent que les employeurs dépensent pour l'invalidité. L'absentéisme au Canada se situe en moyenne à environ 8,5 p. 100 selon Statistique Canada. On estime que plus de la moitié est liée à des problèmes de maladie mentale ou de santé mentale comme le stress. Ce qu'on appelle le «présentéisme» — par opposition à absentéisme, quoique les employés sont au travail, mais ne sont pas vraiment là, si vous voyez ce que je veux dire — touchera environ trois fois plus d'employés que l'absentéisme. Un récent sondage Gallup révèle qu'environ la moitié des travailleurs sont désengagés en raison du stress ou d'autres problèmes au travail. Enfin, les problèmes de santé mentale représentent une perte de profits annuels nets de 14 p. 100 pour les entreprises canadiennes.

Ces pertes sont importantes pour l'entreprise et, par conséquent, pour les Canadiens. Nous, les Consultants Warren Shepell et la table ronde, sommes d'avis qu'il y a un lien très étroit entre la santé des travailleurs et la santé de l'économie.

J'aimerais aborder brièvement la maladie mentale, la santé mentale et notre définition de ces termes. La maladie mentale est une série de troubles mentaux qui peuvent être diagnostiqués: la dépression, la toxicomanie et d'autres maladies mentales qui empêchent les gens de rester au travail ou d'être productifs.

La santé mentale est essentiellement un état dans lequel les gens peuvent être les plus productifs et les plus efficaces. On définit habituellement une bonne santé mentale comme étant un processus actif de sensibilisation permettant de faire des choix de vie plus réussis et qui tiennent compte des aspects physique, social, professionnel, intellectuel et émotionnel de la vie.

Nous faisons une distinction entre la maladie mentale, qui est un portail qui permet aux gens d'accéder aux systèmes qui les aident — ce que notre entreprise ne fait pas — et la santé mentale — ce qui est exactement ce que nous faisons, c'est-à-dire aider les employés canadiens et leurs employeurs à maintenir un niveau élevé de productivité au travail.

Des organismes comme le Centre de toxicomanie et de santé mentale, l'Association canadienne pour la santé mentale, et l'Association des psychiatres du Canada estiment qu'environ un



one in five Canadians — close to 20 per cent — will be affected by mental illness. We know that the number of people who do not have optimal mental health is much higher than that.

Health Canada suggests that only about one in ten individuals with mental health disorders receive proper diagnosis and care. This happens for a variety of reasons that I am sure you have heard, around the shortage of services and other factors. Effectively, it means that many people are not getting the service they need.

In the workplace, the concern is that a majority of people not receiving treatment are also employees or potential employees. Given recent estimates that about 75 per cent of the new jobs in the economy have to do with cognitive ability, not physical ability, and that the heavy lifting in the economy is now being done with people's minds, not with their backs, this aspect of mental disability is more significant than it might have been a number of years ago.

With respect to mental health, we need to think of the workplace in four ways. First, workplaces are a portal for mental health services, where the majority of working Canadians have access to some form of wellness or employee assistance programs. It is a place wherein both employees and often their dependents can get some sort of support.

Second, the workplace is an environment where mental illness and a lack of mental health can cause significant harm and significant cost. There are issues around substance abuse as well as lost productivity.

Third, it is an environment that may — directly or indirectly — contribute to the level of stress in society. Many of the issues that are causing some of the mental health issues that you will be hearing about are related to changes in the economy and the general stresses around people needing to make a living.

Finally, through their health promotion programs and leadership, employers have the opportunity to help reduce these types of stresses. It is a portal for existing services, but it is an opportunity as well for the future.

Employee assistance programs, EAPs, play a role in the current system of how mental health is delivered in Canada. Essentially, they provide professional assessment, short-term counselling, and referral services as a benefit to employees. In most cases, Canadian EAPs also cover employees and their dependents, similar to drug or other employee benefit plans.

Warren Shepell Consultants is one of the original EAPs. We are also one of the 10 largest employee assistance program providers in North America. To give you a sense of scope, this year, we will deal with about 300,000 clinical sessions for people, through about 1,400 counsellors that we have across Canada through 84 offices. Our experience has been that the need is

Canadien sur cinq — soit près de 20 p. 100 — sera touché par une maladie mentale. Nous savons que le nombre de personnes qui n'ont pas une santé mentale optimale est beaucoup plus élevé.

Santé Canada laisse entendre qu'environ seulement une personne sur dix souffrant de troubles de santé mentale est bien diagnostiquée et reçoit des soins appropriés, et ce, pour toutes sortes de raisons dont vous avez entendu parler, j'en suis certain, que ce soit la pénurie de services ou d'autres facteurs. En effet, cela signifie que bon nombre de gens n'obtiennent pas les services dont ils ont besoin.

En milieu de travail, le problème c'est qu'une majorité de gens qui ne reçoivent pas de traitement sont également des employés ou des employés éventuels. Comme on a évalué récemment qu'environ 75 p. 100 des nouveaux emplois dans l'économie exigent une capacité cognitive, non pas une capacité physique, et que les gens ne travaillent plus autant avec leur dos qu'avec leur cerveau, cet aspect de l'incapacité mentale a davantage d'importance qu'il y a quelques années.

Pour ce qui est de la santé mentale, nous devons songer au milieu de travail de quatre façons. Tout d'abord, le lieu de travail est un portail pour les services de santé mentale, où la majorité des travailleurs canadiens ont accès à une forme de programmes d'aide aux employés ou de bien-être. C'est un endroit où les employés et souvent leurs personnes à charge peuvent obtenir de l'aide.

Deuxièmement, le lieu de travail est un environnement où la maladie mentale et l'absence de santé mentale peuvent causer des torts importants et entraîner des coûts élevés. Il y a des problèmes de toxicomanie et de perte de productivité.

Troisièmement, c'est un environnement qui peut directement ou indirectement contribuer au niveau de stress dans la société. Bon nombre des problèmes à la source de certains troubles de santé mentale dont vous allez entendre parler sont liés aux changements dans l'économie et au stress en général que subissent les gens qui doivent gagner leur vie.

Enfin, grâce à leurs programmes de promotion de la santé et à leur leadership, les employeurs ont l'occasion de réduire ces types de stress. C'est un portail pour les services existants, mais c'est également une occasion pour l'avenir.

Les programmes d'aide aux employés, les PAE, jouent un rôle dans le système actuel pour ce qui est de la façon dont les programmes de santé mentale sont offerts au Canada. Essentiellement, ils offrent aux employés des services d'évaluation professionnelle, du counselling à court terme et des services d'aiguillage. Dans la plupart des cas, les PAE au Canada visent les employés et leurs personnes à charge, tout comme les autres régimes d'avantages sociaux des employés ou tout autre régime d'assurance-médicaments.

La firme de consultants Warren Shepell a été l'une des premières à offrir des PAE. Par ailleurs, nous sommes l'un des dix principaux fournisseurs de programmes d'aide aux employés en Amérique du Nord. Pour vous donner une idée de ce que nous faisons, cette année, nous avons environ 1 400 conseillers répartis dans 84 bureaux au Canada qui ont offert 300 000 séances



growing, and that the issues people are facing are more severe. There are many similar providers, so you can multiply that across a whole industry and see that there is a significant private sector component in terms of delivering these programs.

Between 60 and 80 per cent of Canadians who are employed in a medium- or large-sized company, which is over 500 employees, have access to some form of an employee assistance program. There is already a group of people who have access to this sort of short-term program. In fact, EAPs have become the primary portal through which working Canadians often get their first access to the mental health care system.

In many cases, in our experience, you would have about 85 per cent of the people who we see in a given year getting sufficient treatment through the EAP program that they would require no further treatment. About 15 per cent of the people would then be referred into community programs or into the public health care system.

EAPs also have a strong prevention component. Much of the work being done with employers focuses on wellness programs and other preventive aspects that would support a good, healthy, mental health environment.

We would suggest that employers are already bearing a significant burden of the costs associated with mental health in Canada. In that sense, they are subsidizing what we have in the public health care system and, in some cases, compensating for deficiencies in that system. The employers have a vested interest to support a strong mental health system as a result of absenteeism, or loss of productivity, and financial losses. We would suggest that there are opportunities for them to be partners in this and that the committee should consider those opportunities — whether through things such as joint service delivery or tax incentives or other aspects of legislation that could support the existing network of therapists and people providing short-term counselling.

As you look at these issues and ways to alleviate the costs and consequences of poor mental health, we would suggest that the EAPs and other aspects of the health and wellness industry could play an important role in providing both an existing clinical network and an understanding of mental health issues in the workplace.

We already collect and analyze information based on our clients' experience and share it with individuals. We distributed a recent study we did around stress in the workplace as part of this presentation, which showed a 10 per cent increase in people reporting high stress in the workplace over the last three years.

cliniques aux gens. Notre expérience nous a permis de constater que le besoin augmente et que les problèmes auxquels les gens sont confrontés sont plus graves. Il y a de nombreux autres fournisseurs semblables, de sorte que l'on peut multiplier cela dans toute l'industrie et constater qu'il y a une composante importante du secteur privé pour ce qui est de l'exécution de ces programmes.

Entre 60 et 80 p. 100 des Canadiens qui ont un emploi au sein d'une moyenne ou d'une grande entreprise, c'est-à-dire plus de 500 employés, ont accès à une forme de programmes d'aide aux employés. Il y a déjà un groupe de gens qui ont accès à ce genre de programme à court terme. En fait, les PAE sont devenus le principal portail qui permet souvent aux Canadiens d'accéder pour la première fois à un régime de soins de santé mentale.

Dans de nombreux cas, d'après notre expérience, environ 85 p. 100 des gens que nous voyons au cours d'une année reçoivent un traitement suffisant dans le cadre des programmes d'aide aux employés et ne nécessitent aucun autre traitement. Environ 15 p. 100 des gens sont ensuite aiguillés vers des programmes communautaires ou vers le régime de soins de santé public.

Les PAE comportent également une importante composante de prévention. La plupart du travail qui se fait au niveau des employeurs met l'accent sur les programmes de bien-être et d'autres aspects de prévention pour appuyer un bon et sain environnement de santé mentale.

Nous sommes d'avis que les employeurs paient déjà une partie importante des coûts liés à la santé mentale au Canada. En ce sens, ils subventionnent ce que nous avons dans le régime de soins de santé public et, dans certains cas, cela compense pour les lacunes de ce régime. Les employeurs ont directement intérêt à appuyer un bon régime de santé mentale en raison de l'absentéisme, de la perte de productivité et des pertes financières. Nous sommes d'avis que les employeurs ont l'occasion d'être partenaires à cet égard et que le comité devrait envisager ces possibilités — soit grâce à des mesures comme la prestation de services conjointe, des incitatifs fiscaux ou d'autres aspects de la loi qui pourraient appuyer le réseau existant de thérapeutes et de personnes qui offrent du counselling à court terme.

Lorsque vous examinerez ces problèmes et les façons d'atténuer les coûts et les conséquences d'une mauvaise santé mentale, nous vous suggérons de tenir compte du fait que les PAE et d'autres aspects de l'industrie de la santé et du bien-être pourraient jouer un rôle important car elle offre déjà un réseau clinique et elle comprend bien les problèmes de santé mentale en milieu de travail.

Nous recueillons et analysons déjà de l'information à partir de l'expérience de nos clients et nous la partageons avec les gens. Nous avons distribué récemment une étude que nous avons faite au sujet du stress en milieu de travail dans le cadre de cet exposé, étude qui révélait une augmentation de 10 p. 100 de gens qui ont signalé un stress élevé en milieu de travail au cours des trois dernières années.

We can share a lot of information. Through groups such as the Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health and through committees such as this, we think the EAP industry can be very supportive of the objectives of your committee in terms of ensuring optimal mental health for Canadians.

**Mr. Kevin Kelloway, Director, CN Centre for Occupational Health and Safety:** Honourable senators, thank you for inviting me here. I am associated with Saint Mary's University so I am an academic by background. I will try to hit the highlights in my talk today.

Sigmund Freud was asked what a healthy person should be capable of. His answer was telling for the work of this committee. He said that a healthy person should be able "to work and to love." That association of work and health has been central throughout history. In this century in particular, a much research has accumulated on the effects of work stress on both mental and other forms of health.

Issues of mental health are not confined to the psychological or the mental domain. There is a large body of literature relating issues of stress and issues of mental health to a wide variety of outcomes. There are certainly psychological outcomes; there are disturbances of affect and cognition at the low end — at the level of just having a bad day. At the high end, we are into clinical disorders and clinical depression. We have heard some statistics on the increase in those disorders.

We also have a variety of other outcomes. There are very direct and well-established links between psychological stress in the workplace and coronary heart disease. The Whitehall studies — studies of the public service in the United Kingdom — suggest that individuals who worked in a job that allowed very little control over their work environment were 1.5 to 1.8 times as likely to have or incur a heart condition in a five-year follow-up study.

Work stress is one of the risk factors for coronary heart disease. It is also linked to suppression of immune functioning, increased susceptibility to infectious disease and musculoskeletal pain, and to a wide variety of physical conditions. Work stress is also linked directly to behavioural outcomes, lifestyle factors, substance use, smoking, and alcohol use — a decrease in positive lifestyle factors. People under stress tend not to exercise and tend to eat at McDonalds more than a salad bar. All of those things have implications for health care costs.

In organizations, we have already heard some mention that work stress is associated with absenteeism and the notion of presenteeism, whereby people are at work; they are just not doing a good job while they are there.

Nous pouvons partager beaucoup d'information. Grâce à des groupes comme la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health et des comités comme le vôtre, nous pensons que l'industrie des PAE peut considérablement appuyer les objectifs de votre comité afin d'assurer aux Canadiens la meilleure santé mentale possible.

**M. Kevin Kelloway, directeur, CN Centre for Occupational Health and Safety:** Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité ici. Je suis associé à l'Université Saint Mary's, alors je suis un universitaire de formation. Je vais tenter de vous faire présenter les principaux points de mon exposé aujourd'hui.

Quelqu'un un jour a demandé à Sigmund Freud ce qu'il pensait qu'une personne en santé devrait être capable de faire. Sa réponse était révélatrice pour votre comité. Il a dit qu'une personne en santé devrait être capable de «travailler et d'aimer». Cette association du travail et de la santé a toujours été importante. Au cours de ce siècle en particulier, beaucoup de recherches ont été faites sur les conséquences du stress au travail pour la santé mentale et d'autres formes de santé.

Les problèmes de santé mentale ne se limitent pas au domaine psychologique ou mental. De nombreux écrits font le lien entre les problèmes de stress et de santé mentale et toute une gamme de conséquences. Il y a certainement des conséquences psychologiques; les moins graves sont des perturbations affectives et cognitives — lorsqu'on a, par exemple, une mauvaise journée. Parmi les conséquences plus graves, il y a les troubles cliniques et la dépression clinique. Nous avons entendu certaines statistiques concernant l'augmentation de ces troubles.

Nous avons également une variété d'autres conséquences. Il y a des liens très directs et très bien établis entre le stress psychologique en milieu de travail et la coronopathie. Les études Whitehall — des études de la fonction publique au Royaume-Uni — révèlent que les personnes qui occupaient un emploi qui leur permettait d'avoir très peu de contrôle sur leur environnement de travail risquaient 1,5 à 1,8 fois plus d'avoir un problème cardiaque au cours d'une étude de suivi sur cinq ans.

Le stress au travail est l'un des facteurs de risque de la coronopathie. Il est par ailleurs lié à la suppression du fonctionnement immunitaire, à une plus grande susceptibilité aux maladies infectieuses et à la douleur musculo-squelettique, et à une grande variété d'affections physiques. Le stress au travail est aussi directement lié à des résultats comportementaux, à des aspects du mode de vie, à la toxicomanie, au tabagisme et à l'alcoolisme — à une diminution des aspects positifs du mode de vie. Les gens stressés ont tendance à ne pas faire d'exercices et à manger chez McDonald plutôt que dans un bar à salades. Toutes ces choses influent sur les coûts des soins de santé.

Dans des organisations, on nous a déjà mentionné que le stress professionnel est lié à l'absentéisme et à la notion de présentéisme, c'est-à-dire lorsque les gens sont présents au travail mais ne font tout simplement pas un bon travail.



There are safety implications. There are clear links between increased stress and safety in the workplace. One Dutch study found that bus drivers under extreme time pressure were four times as likely to have an accident as bus drivers who worked a more relaxed schedule.

My first major point that I want to emphasize is that the costs of mental ill health are not just mental. Most of the estimates that we see that focus on stress leave and issues of psychological disability are gross underestimates of the costs we are experiencing.

We have a very good understanding of the causes of mental health in the workplace — that is, the job design feature associated with well-being in the workplace. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) in the U.S. identifies six major categories of stressors: Workload and pace, how fast you have to work, how much you have to do. The role stressors: Role ambiguity — not knowing what is expected of you. Role conflict — having conflicting expectations and/or conflict between work and family roles.

There are Career and reward issues: Issues of job insecurity that are so prevalent in a workforce that continually emphasizes short-term and contracts and the contingent workforce. There are issues of work scheduling: working night shift and weekends or overtime. In respect of interpersonal relations in the workplace, aggression in the workplace is becoming a serious issue for a variety of occupations and not always the ones we think of. Occupations that are at high-risk for violence and aggression include nursing, teaching and counselling and not just police and emergency services.

There are the effects of poor leadership in the workplace. There are clear links. Some surveys have found that employees attribute about 70 per cent of their work stress to their boss. It suggests that this is one point of leverage we have to positively affect peoples' mental health. Job design is a factor — does the job allow one to use one's skills. Does it permit control over the work?

All of these features are associated with mental health and the impairment of mental health. There is also a growing recognition that work is a health resource. Through work, we gain a sense of mastery, confidence, hope and aspiration. All of these things are, by definition, positive mental health.

If I were speaking before a committee on how to design jobs to maximize job performance and economic productivity, I would use the same set of slides. The job design characteristics associated with positive mental health are exactly the job design

Il y a des conséquences au niveau de la sécurité. Il y a clairement un lien entre le stress accru et la sécurité en milieu de travail. Une étude hollandaise révèle que les chauffeurs d'autobus qui ont des contraintes de temps extrêmes risquaient quatre fois plus d'avoir un accident que les chauffeurs d'autobus qui avaient un horaire plus souple.

La première question que je veux vraiment porter à votre attention est le fait que les coûts d'une mauvaise santé mentale ne se limitent pas uniquement au niveau mental. La plupart du temps, les études qui portent sur les congés liés au stress et sur les troubles psychologiques sous-estiment de façon flagrante les coûts qui s'y rattachent.

Nous comprenons très bien les causes de la santé mentale en milieu de travail — c'est-à-dire, l'élément conception des tâches lié au bien-être en milieu de travail. Le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) aux États-Unis détermine six grandes catégories d'agents stressants: la charge de travail et le rythme de travail, la vitesse à laquelle il faut travailler, la quantité de travail qu'il faut accomplir. Les agents stressants au niveau du rôle: l'ambiguïté du rôle — ne pas savoir ce qu'on attend de vous. Le conflit au niveau du rôle — avoir des attentes contradictoires ou des conflits entre le travail et la famille.

Il y a les problèmes liés à la carrière et à la reconnaissance: des problèmes d'insécurité d'emploi qui sont tellement prévalents en milieu de travail que l'on met constamment l'accent sur le court terme et les contrats et les travailleurs occasionnels. Il y a des problèmes d'ordonnancement du travail: travailler la nuit, les week-ends ou en surtemps. Pour ce qui est des relations interpersonnelles en milieu de travail, l'agression en milieu de travail est en train de devenir un problème grave pour toutes sortes de professions, et pas toujours celles auxquelles nous songeons. Les professions qui présentent un risque de violence et d'agression élevé sont notamment les soins infirmiers, l'enseignement et le counselling, et pas seulement les services policiers et d'urgence.

Il y a les conséquences d'un mauvais leadership en milieu de travail. Les liens sont clairs. Certaines études révèlent que les employés attribuent environ 70 p. 100 de leur stress professionnel à leur patron. Cela signifie que c'est un moyen d'affecter positivement la santé mentale des gens. La conception des tâches est un facteur — l'emploi permet-il à la personne d'utiliser ses propres compétences? Permet-il à cette personne d'avoir un certain contrôle sur son travail?

Tous ces éléments sont liés à la santé mentale et aux problèmes de santé mentale. On reconnaît de plus en plus que le travail est une ressource en matière de santé. Grâce au travail, on obtient un sentiment de maîtrise, de confiance, d'espoir et d'aspiration. Toutes ces choses sont, par définition, positives pour la santé mentale.

Si je devais expliquer à un comité comment concevoir les tâches pour maximiser le rendement au travail et la productivité économique, j'utiliserais la même série de diapos. Les caractéristiques de la conception des tâches liées à une santé

characteristics associated with performance and motivation in the workplace.

A recent meta-analysis shows this very clearly. The individuals who did the research took measures of job satisfaction. They measured how workers felt about their jobs and whether they were engaged, motivated and involved. They found, at the business unit level, that those two variables were linked to customer loyalty, firm profitability, productivity, turnover and safety.

The conclusion from all of the data that I have seen is very clear: What is good for individual mental health is good for firm performance and it is good for the economy of the country. In this light, the evidence is compelling that the issues of mental health are issues of competitive advantage. There is no incompatibility between promoting mental health in the workplace and achieving a financially viable firm.

Work in the U.S and the literature suggests that there are at least three components to a truly effective approach to work and mental health. First, we need assessment. It would not surprise you that an academic is calling for more research, but we need to understand the job characteristics under which Canadians work. Through such a national assessment program, you can also start to generate standards for job design that can be implemented.

We need a focus on primary intervention. With due respect to my panellists, we will always need employee assistance programs. We will always need treatment. There is no doubt in that.

I have a quote that I would like to paraphrase. Researchers at the National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, in the United States used to have a very nice line that said something to the effect that we are not aware of any epidemic in the course of human history that has been eliminated through treatment. That is as true for mental health as it is for anything else. The focus on primary prevention, improving job design, improving leadership in organizations, and trying remove the causes of mental ill health will, in the long run, be a much more effective strategy.

Finally, we need more education and training. We need to educate business people as to the existence of these relationships, and what they can do about them; and we need to educate mental health professionals about how organizations work. One of the adverse features of our current educational system is we train people in silos. If you are interested in mental health, you train as a clinician and you never learn anything about organizations. If you are interested in business, you train in business and you never learn anything about mental health. We need to bring the two together to truly effect change.

mentale positive sont exactement les mêmes que les caractéristiques de conception des tâches liées au rendement et à la motivation au travail.

Une méta-analyse récente le montre très clairement. Les personnes qui ont fait la recherche ont évalué la satisfaction au travail. On a évalué ce que les travailleurs pensaient de leur travail et s'ils étaient engagés et motivés. On a constaté, au niveau de l'unité d'affaires, que ces deux variantes étaient liées à la fidélisation de la clientèle, à la rentabilité de l'entreprise, à la productivité, au roulement et à la sécurité.

La conclusion à tirer de toutes ces données est très claire: ce qui est bon pour la santé mentale d'une personne est bon pour le rendement de l'entreprise et pour l'économie du pays. On doit donc conclure que les questions de santé mentale sont des questions d'avantages concurrentiels. Il n'y a aucune incompatibilité entre la promotion de la santé mentale en milieu de travail et la rentabilité de l'entreprise.

Des travaux effectués aux États-Unis et certains documents laissent entendre qu'une approche vraiment efficace en matière de travail et de santé mentale doit comporter au moins trois éléments. Tout d'abord, il faut procéder à une évaluation. Il ne vous étonnera pas d'apprendre qu'un universitaire réclame davantage de recherche, mais nous devons comprendre les caractéristiques des postes qu'occupent les Canadiens. Grâce à un tel programme d'évaluation nationale, on peut aussi commencer à établir des normes pour la conception des emplois, qui peuvent être mises en oeuvre.

Nous devons mettre l'accent sur l'intervention primaire. Sauf le respect que je dois à mes collègues, nous avons toujours besoin de programmes d'aide aux employés. Nous aurons toujours besoin de traitements. Cela ne fait aucun doute.

J'ai une citation que j'aimerais paraphraser. Les chercheurs au National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH, aux États-Unis ont fait la réflexion suivante, qui est très intéressante, selon laquelle on ne connaît aucune épidémie dans l'histoire de l'humanité qui été éliminée grâce à un traitement. Cela vaut tout autant pour la santé mentale. Il sera beaucoup plus efficace, à long terme, de mettre l'accent sur la prévention primaire, d'améliorer la conception des tâches, d'améliorer le leadership au sein des organisations et d'essayer d'éliminer les causes de la mauvaise santé mentale.

Enfin, nous devons accroître la sensibilisation et la formation. Nous devons sensibiliser les gens d'affaires à l'existence de ces liens, et des mesures qu'ils peuvent prendre à cet égard; et nous devons sensibiliser les professionnels de la santé mentale au fonctionnement des organisations. L'une des faiblesses de notre système d'éducation actuel, c'est le cloisonnement de la formation. Si vous vous intéressez à la santé mentale, vous recevez une formation de clinicien et vous ne recevez aucune formation à propos des organisations. Si vous vous intéressez à l'entreprise, vous recevez une formation commerciale et vous n'apprenez rien à propos de la santé mentale. Pour favoriser véritablement le changement, nous devons rassembler ces deux éléments.



**Ms. Patti Bregman, Director of Programs, Canadian Mental Health Association — Ontario Division:** I also want to thank the Senate committee, not only for inviting us but also for undertaking a really significant piece of work. You have the capacity to make a difference.

I will start by giving you a little background because you gave me the perfect lead in. The reason we are here, as opposed to other mental health agencies, is that three years ago we initiated a program called "Mental Health Works." My background is as a lawyer, but I am interested in mental health; and part of our initiative was to cross those silos.

Our approach in Mental Health Works was to take the wonderful work that the roundtable has been doing and bring the CEOs together and answer the questions we always got when we went out to talk to people: What do we actually do? What concrete steps can we take in the workplace? I want to start by saying I agree with all three of others, and I am going to skip over those pieces.

I have a couple of key messages that will carry through, and some concrete ideas, based on the fact that we have now been doing this for three years. I have worked in disability law and health policy for about 15 years, so some of this experience regarding disability accommodation and how you make these kinds of changes in the workplace comes from actually working with employers and being in the workplace.

I think the committee can make a huge step forward by bringing recognition to this problem. There is a World Health Organization number and it is important to understand what that number is. They are not talking about prevalence of mental illness, but about how many days you cannot have a good quality of life because of your mental illness. If any other disease were listed as about to become the number one or two in the world in 15 years, there would be a public health emergency declared and crisis. I think we need to start thinking of this as a challenge to be met, not an inevitable consequence.

We have 15 years to change the way in which work and health care deal with these issues, so that the mental illness may be present, but the quality of life and the days lost to disability will not be number one. I would like to see a target set that we want to lower that expectation. It is a very important message; because when you hear that number all the time, it sounds like nothing can be done. I do not think that is right.

The second point is that there is progress in mental health. We need to start communicating to the public that recovery and remission are possible. It is a chronic illness. You may not be cured, but you can improve your life. We need to do whatever it

**Mme Patti Bregman, directrice des programmes, Association canadienne de la santé mentale — Division de l'Ontario:** Je tiens aussi à remercier le comité sénatorial, non seulement de nous avoir invités mais aussi d'avoir entrepris un travail vraiment important. Vous pouvez changer les choses.

Je commencerai par vous donner un peu le contexte parce que vous m'avez donné la parfaite entrée en matière. La raison pour laquelle nous sommes ici, contrairement à d'autres agences de santé mentale, c'est qu'il y a trois ans nous avons lancé un programme intitulé «Mental health Works». J'ai fait des études d'avocate, mais je m'intéresse à la santé mentale; et notre initiative visait entre autres à faire tomber ces cloisons.

Dans le cadre du programme que je viens de mentionner, nous nous sommes inspirés du remarquable travail fait par la table ronde et avons réuni les PDG afin de répondre aux questions qu'on nous pose toujours lorsque nous allons prendre la parole devant des gens: Que faisons-nous au juste? Quelles sont les mesures concrètes que nous pouvons prendre en milieu de travail? Je tiens à commencer par dire que je suis d'accord avec les trois autres intervenants, et je vais donc sauter ces éléments.

J'ai quelques messages clés à transmettre et certaines idées concrètes, compte tenu du fait que nous effectuons ce travail depuis trois ans. Je me suis occupé pendant une quinzaine d'années des lois concernant les personnes handicapées et de la politique sur la santé. Par conséquent, une partie de cette expérience concernant les adaptations à l'intention des personnes handicapées et la façon d'apporter ce type de changement en milieu de travail provient de mon travail auprès des employeurs et de ma connaissance du milieu de travail.

Je crois que le comité fait un énorme pas en avant en favorisant la prise de conscience de ce problème. L'Organisation mondiale de la santé a établi un chiffre et il est important de comprendre ce qu'il représente. Il ne s'agit pas de la prévalence de la santé mentale, mais du nombre de jours où la maladie mentale vous prive d'une bonne qualité de vie. Si toute autre maladie était sur le point de figurer parmi les deux maladies les plus répandues au monde dans une quinzaine d'années, on déclarerait alors qu'il s'agit d'une urgence et d'une crise en matière de santé publique. Je crois que nous devons commencer à envisager cela comme un défi à relever et non pas comme une conséquence inévitable.

Nous avons 15 ans pour modifier la façon dont le milieu de travail et le milieu de la santé s'occupent de ces questions afin que, malgré l'existence de la maladie mentale, elle ne sera pas la principale cause de la détérioration de la qualité de vie et des journées de travail perdues. J'aimerais que l'on se donne comme objectif de réduire ces chiffres. C'est un message très important car lorsqu'on entend constamment ce genre de chiffres, on a l'impression qu'il n'y a rien à faire. Je ne crois pas que ce soit le cas.

Le deuxième point, c'est que des progrès sont possibles en matière de santé mentale. Nous devons commencer à informer le public que le rétablissement et la rémission sont possibles. Il s'agit d'une maladie chronique. Vous ne serez peut-être pas guéri, mais



takes to help people live better quality of lives. Obviously, the workplace is an extremely important place for this to happen.

We have approached it as an accommodation issue and a health issue. It is important to do both. When we were looking at the workplace, it is critical that the CEOs take a stand. However, it is equally important that the people in the workplace — the managers and supervisors who have to deal with people's mental illness — get the education and information they need. I was at the roundtable with Mr. Phillips a couple weeks ago, and there are some wonderful things happening.

The number of events we get invited to — last Friday, Mr. Phillips and I were at another one — *Benefits Canada* is doing a special supplement of this, and brought together 10 people to talk about it. I sat with John Hunkin from CIBC and talked about it recently. I speak at other conferences where I have the managers and supervisors, and they say, well, John Hunkin just came in and one of his performance goals is that we improve employment of people with disabilities. How do we do it? Mental Health Works is really designed to answer that question.

I have some recommendations for you that will also focus on that — what do you do? Your focus is health and I have focused my recommendations on where the health component is. However, I would urge you to keep in mind that there is another piece that is not just health.

The first thing we need is research — very practical research, data collection. Research is important for two things: First, it tells us what we are doing wrong and what we are doing right. Second, it makes the case. We live in a world where problems do not get recognized as important unless we have data to back it up. That is why you will hear us talk about the \$10, \$20, \$30 billion productivity loss. There is work being done at the Institute for Work and Health, there is a roundtable on return to work, there are numerous psychiatrists working at the Centre for Addiction and Mental Health.

However, we need more than research. The gap I would like to see you make recommendations on talks about dissemination, implementation and monitoring. At the Mental Health Association, we work with a research group. Our role is getting those research results out to the public and to government, and putting them into practice. In other words, we have wonderful research, but people do not know it is happening and we do not have a coordinating voice for it.

vous pourrez améliorer votre vie. Nous devons prendre toutes les mesures nécessaires pour aider les gens à améliorer leur qualité de vie. De toute évidence, le milieu de travail a un rôle extrêmement important à jouer à cet égard.

Nous avons abordé cette question sous l'angle de l'adaptation et de la santé. Il est important de conjuguer ces deux aspects. Lorsque nous examinons le milieu de travail, il est fondamental que les PDG prennent position. Cependant, il est tout aussi important que les gens en milieu de travail — les gestionnaires et les superviseurs qui doivent composer avec la maladie mentale des employés — reçoivent la formation et la formation dont ils ont besoin. J'ai assisté à une table ronde à laquelle a participé M. Phillips il y a quelques semaines, et il y a des choses remarquables qui sont en train de se faire.

Nous sommes invités à un grand nombre d'événements — vendredi dernier, M. Phillips et moi-même avons assisté à un autre événement — et d'ailleurs la revue *Benefits Canada* prépare un supplément spécial sur cet événement et a réuni 10 personnes pour en parler. J'ai rencontré John Hunkin de la CIBC récemment avec qui j'en ai parlé. J'ai pris la parole à l'occasion d'autres conférences réunissant des gestionnaires et des superviseurs et qui ont dit que John Hunkin venait de leur indiquer que l'un de ses objectifs de rendement était que nous améliorions l'emploi des personnes handicapées. Comment y arrive-t-on? Le programme Mental Health Works est vraiment conçu pour répondre à cette question.

J'ai formulé certaines recommandations à votre intention qui mettront aussi l'accent sur cet aspect — comment procède-t-on? Votre étude met l'accent sur la santé et j'ai axé mes recommandations sur les aspects qui se rattachent à la santé. Cependant, je vous encourage à ne pas oublier qu'il y a d'autres éléments dont il faut tenir compte qui ne concernent pas uniquement la santé.

Il nous faut tout d'abord faire de la recherche — de la recherche très pratique, de la collecte de données. La recherche est importante pour deux raisons: Tout d'abord elle nous indique nos points faibles et nos points forts. Deuxièmement, elle nous permet de faire valoir nos arguments. Nous vivons dans un monde où on ne reconnaît l'importance des problèmes que si on dispose de données. C'est la raison pour laquelle vous nous entendiez parler de pertes de productivité s'élevant à 10, 20, 30 milliards de dollars. L'Institut de recherche sur le travail et la santé est en train de faire du travail sur cette question, il existe une table ronde sur le retour au travail, il y a de nombreux psychiatres qui travaillent au Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Cependant, la recherche à elle seule ne suffit pas. Il existe une lacune au niveau de la diffusion, de la mise en oeuvre et du contrôle et j'aimerais que vous fassiez des recommandations à cet égard. À l'Association de la santé mentale, nous travaillons en collaboration avec un groupe de recherche. Notre rôle est de transmettre les résultats de cette recherche au public et au gouvernement, et de les mettre en pratique. Autrement dit, la recherche qui est faite est remarquable, mais personne n'en est au courant et nous n'avons aucun porte-parole pour en assurer la coordination.



It does not mean all the researchers are the same, but we need to start letting people know that, for example, \$35,000 a year will keep people in treatment and off the street. It is a great research number, but if you do not hear about it, if there is no strategy about how to take the results of that research and make change to respond to that research, it is not very helpful. Therefore, if you can think about how you can recommend talking about dissemination and implementation to make sure that the best practices get implemented.

I look to other health sectors, where you have best practices and guidelines. It would be unthinkable not to implement the best practices and guidelines for cancer treatment, for example. We do not do that in mental health. There are, in fact, some very good guidelines, but there is no implementation. There is no attention to the implementation; there is no funding for it. It is a really critical piece in that respect.

I also think we need to talk about monitoring follow-up. The National Quality Institute is doing a lot of very good work in terms of healthy workplaces. They have a strategy for how you do that follow-up. We need to look at that. Whether we call it a health care auditor or a monitoring and implementation group — we need a body that does not review and try to be punitive or mark people and say they are number one and two, but to give an annual report and say, are guidelines being followed? Do we know if people are being prescribed the appropriate drugs? Do we know that it is making a difference in the workplace? Again, it is a constantly evolving quality standard.

We need really good access to both information and services. In terms of information, I often hear people in the workplace ask, "What do we know about mental health?" "How do we find out what the drugs are?" "How do we help employees who come to us with a question?"

We need be careful. We do not want to turn supervisors and managers into medical practitioners. The thing that scares them the most when we talk about workplace mental health is that we have an expectation that they will be diagnosing or treating or spending a lot of time listening to people. That is not what this is about.

They do need to know where to get information for their employees and how to talk about mental illness in the workplace. The hardest thing is what do you say to people? How do you disclose to other employees? Making it something that is everyday — in the same way we talk about cancer — comes from having good, accurate information.

They also need access to services. At a recent roundtable, I heard the head of occupational health and safety for Dupont speak. We have been doing some work with them and Dofasco and some other companies who are now saying that mental health problems in the workplace are their leading cause of disability and

Cela ne veut pas dire que tous les chercheurs sont pareils, mais nous devons commencer à informer les gens que, par exemple, un montant de 35 000 \$ par année permettra d'assurer le traitement d'une personne et de lui éviter de se retrouver à la rue. C'est un chiffre très intéressant, mais si vous n'en entendez pas parler, s'il n'existe aucune stratégie permettant d'utiliser les résultats de cette recherche pour apporter les changements voulus, il ne sera pas d'une grande utilité. Par conséquent, il serait bon que vous recommandiez des moyens de diffuser et de mettre en oeuvre les résultats de cette recherche pour faire en sorte que l'on adopte des pratiques exemplaires.

Il y a d'autres secteurs de la santé où il existe des pratiques exemplaires et des lignes directrices. Il serait inconcevable de ne pas adopter des pratiques exemplaires et de suivre les lignes directrices pour le traitement du cancer, par exemple. Cela n'existe pas dans le secteur de la santé mentale. Il existe en fait de très bonnes lignes directrices, mais elles ne sont pas mises en oeuvre. On ne se préoccupe pas de la mise en oeuvre et aucun financement n'est prévu à cette fin. C'est vraiment un aspect fondamental.

Je crois également que nous devons parler du suivi. L'Institut national de la qualité fait du très bon travail pour ce qui est d'assurer des milieux de travail sains. Il a établi une stratégie de suivi. Nous devons l'examiner. Qu'il s'agisse d'un vérificateur des soins de santé ou d'un groupe de contrôle et de mise en oeuvre — nous avons besoin d'une instance dont le rôle n'est pas d'examiner, de sanctionner ou de coter les gens, mais de préparer un rapport annuel qui indique que les lignes directrices sont suivies. Savons-nous si les médicaments appropriés sont prescrits? Savons-nous si cela a une influence dans le milieu de travail? Ici encore, il s'agit d'une norme de qualité en constante évolution.

Nous avons besoin d'un accès vraiment efficace à l'information et aux services. Sur le plan de l'information, j'entends souvent les gens en milieu de travail demander «Que savons-nous à propos de la santé mentale?» «Comment pouvons-nous déterminer quels sont les médicaments appropriés?» «Comment pouvons-nous aider les employés qui s'adressent à nous?»

Nous devons faire preuve de prudence. Nous ne voulons pas transformer les superviseurs et les gestionnaires en médecins. Ce qui les effraie le plus lorsque nous parlons de la santé mentale au travail, c'est qu'on s'attend à ce qu'ils fassent des diagnostics, qu'ils traitent les gens ou qu'ils passent beaucoup de temps à les écouter. Ce n'est pas ce dont il s'agit.

Il faut qu'ils sachent où obtenir l'information dont ont besoin leurs employés et comment parler de la maladie mentale au travail. Le plus difficile consiste à savoir quoi dire aux gens? Comment communique-t-on la chose aux autres employés? Grâce à des renseignements exacts, on pourra en parler comme on parle de toute autre maladie, le cancer, par exemple.

Ils ont aussi besoin de services. Lors d'une récente table ronde à laquelle j'ai assisté, le chef de l'hygiène et de la sécurité au travail pour Dupont a pris la parole. Nous avons fait du travail avec eux ainsi qu'avec Dofasco et d'autres entreprises qui indiquent maintenant que les problèmes de santé mentale au travail sont



long-term care claims. The problem they are facing is that although early identification is wonderful and talking about it more is wonderful, the waiting lists can be six months or a year to two years.

We need to be careful to ensure that we are tracking, and that we do not get the situation where people identify mental illness and then cannot do anything about it. I think Mr. Phillips alluded to that. We need to come up with some creative solutions that include the public sector available funds. While the EAP programs are great, not everybody has insurance. For small companies, this is a serious problem.

If we can put those pieces together, starting with leadership from government and from the business community, to raise the issue to make it an important thing to do. We need to ensure that we are addressing the workplace needs of managers and supervisors, with research implementation dissemination. As a result, we will see the days lost to disability reduced because people will be able to work.

There is a remarkable study out of Boston University Rehab. They followed 500 senior executives who had been hospitalized for having a mental illness, which is pretty serious. At the end of two years, when they returned to work they had a 70 per cent retention rate. They were staying at work. When asked why, it was because they felt they could ask for accommodation. They felt as though they had the information and their colleagues had the information to give them support.

It is about removing stigma. We talk a lot about public education. I am not sure that that is as effective as simply providing good concrete information that gives people the real facts.

I hope we have lots of questions. I am looking forward to your report because we will do what we recommend you do, which is we will take your report and work to ensure that it is implemented. I think that is our responsibility.

**The Chairman:** Thank you all for some very interesting and provocative comments.

Mr. Savoie, at the end of your paper you had short-term action plan. You wrote the paper in March. Has that plan actually been done? Do we know what has happened?

**Mr. Savoie:** It is underway now. A small group has met and has prepared the basis for action. Then we will enlarge the group with all the stakeholders and other partners to ensure that it is not only a research group, but it represents all the concerned parties. The goal is to have national and international workshop next March at the latest.

la principale cause des réclamations d'invalidité et de soins à long terme. Le problème auquel font face ces entreprises, c'est que même si le diagnostic précoce est remarquable et qu'il est merveilleux d'en parler toujours, les listes d'attente peuvent être de six mois ou d'un an à deux ans.

Il faut donc assurer un suivi pour éviter qu'une fois que l'on diagnostique une maladie mentale, on ne puisse alors rien faire pour aider cette personne. Je pense que M. Phillips y a fait allusion. Nous devons trouver des solutions créatives qui consistent entre autres à faire appel aux fonds disponibles dans le secteur public. Même si les programmes d'aide aux employés sont formidables, certaines personnes n'ont pas d'assurance et pour les petites entreprises, c'est un grave problème.

Il faut rassembler tous ces éléments, en commençant par le leadership du gouvernement et des milieux d'affaires, de façon à sensibiliser les intéressés à l'importance de telles mesures. Nous devons nous assurer de répondre aux besoins en milieu de travail des gestionnaires et des superviseurs, grâce à la recherche, la mise en oeuvre, la diffusion de l'information. Nous constaterons alors une diminution du nombre de jours de travail perdus à cause de l'invalidité parce que les gens seront en mesure de travailler.

Il existe une remarquable étude faite par le Boston University Rehab. On a suivi 500 cadres supérieurs qui avaient été hospitalisés parce qu'ils avaient une maladie mentale, ce qui est assez grave. Au bout de deux ans, lorsqu'ils sont retournés au travail, ils affichaient un taux de maintien en fonction de 70 p. 100. Ils ont continué à travailler. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi, c'est parce qu'ils considéraient pouvoir demander un aménagement en milieu de travail. Ils considéraient qu'ils disposaient de l'information nécessaire et que leurs collègues avaient les renseignements voulus pour les appuyer.

Il s'agit d'éliminer les préjugés. Nous parlons beaucoup de sensibilisation du public. Je ne suis pas sûre que cela soit aussi efficace que de fournir simplement des renseignements concrets qui établissent les faits tels qu'ils sont.

J'espère que vous nous poserez beaucoup de questions. J'attends avec impatience votre rapport parce que nous ferons ce que nous vous recommandons de faire, c'est-à-dire veiller à ce que votre rapport soit mis en oeuvre. J'estime que c'est notre responsabilité.

**Le président:** Je tiens à remercier chacun d'entre vous pour des commentaires très intéressants et qui donnent à penser.

Monsieur Savoie, vous proposez à la fin de votre document un plan d'action à court terme. Vous avez écrit ce document en mars. Le plan a-t-il été mis en oeuvre? Savons-nous ce qui s'est passé?

**M. Savoie:** Il est en cours à l'heure actuelle. Un petit groupe s'est réuni et a jeté les bases des mesures à prendre. Nous comptons étendre la participation à tous les intéressés et à d'autres partenaires pour nous assurer qu'il ne s'agit pas uniquement d'un groupe de recherche, mais qu'il représente toutes les parties intéressées. L'objectif est de mettre sur pied un atelier national et international en mars prochain au plus tard.



**The Chairman:** Could you or your organization keep us informed?

**Mr. Savoie:** We certainly will.

**The Chairman:** Ms. Bregman, at the end of your paper you have a number of recommendations. I do not need an answer now but would you think about how we ultimately make them even more specific?

Perhaps the value of our last major health report was that, in contrast to some other health reports, we were very concrete in our recommendations. We had costed everything, we knew who should be involved, and we had some very good details. To the extent that you can over the next several months talk to our staff to make the recommendations — I would say this to the roundtable as well — make the recommendations even more specific. The more hard-nosed they are — recognizing they may not please everyone — the better it will be.

One statement you made in your brief stunned me. You made an observation that public health community health budgets in Ontario have been frozen for 12 years. It is essentially an 18 per cent to 20 per cent reduction in real purchasing power. That is a staggering number. I cannot think of any other government service that has been frozen for 12 years.

**Ms. Bregman:** There is not. It is not just the providers. In Ottawa for example, there is a five-year waiting list for case management services for people with serious mental illnesses. Half the people on that waiting list have attempted suicide.

**The Chairman:** A five-year list?

**Ms. Bregman:** Yes. These are staggering figures. Keep in mind that the other thing that is distinctive about mental health is that government funds only services for people with serious mental illness. That is why getting access to services for employees is so difficult because we do not fund mental health services beyond those very specific targeted groups.

I think that primary care practitioners provide 75 per cent of all mental health services. It is becoming a growing part of their practice. It is a huge issue in terms of getting access to really good service.

**The Chairman:** We are not looking at this purely from the narrow mental health issue.

I am fascinated by the rise in the stress issue. Let me be provocative to make a point. How do you know that it is a real issue, as distinguished from a phoney issue? When someone breaks a leg, it is obvious they have broken a leg. With back pain, I was fascinated by the fact that new protocols were developed and back pain disappeared and stress emerged. There is a lot of

**Le président:** Pourriez-vous, vous-même ou votre organisation, nous tenir au courant?

**M. Savoie:** Nous n'y manquerons pas.

**Le président:** Madame Bregman, à la fin de votre document vous formulez un certain nombre de recommandations. Il n'est pas nécessaire que vous me répondiez maintenant, mais pourriez-vous songer à la façon dont nous pourrions les rendre encore plus précises?

Sans doute que l'utilité de notre dernier grand rapport sur la santé, par comparaison à certains autres rapports sur la santé, est attribuable au fait que nous avons formulé des recommandations très concrètes. Nous avons déterminé le coût de chaque mesure, nous savions qui devaient être les participants, et nous avons des précisions très utiles. Il serait bon, si vous le pouvez, qu'au cours des prochains mois vous parliez à vos collaborateurs pour formuler des recommandations encore plus précises — et cela vaut aussi pour les membres de la table ronde. Plus elles seront fermes — car il est probable qu'elles ne plairont pas à tout le monde — mieux ce sera.

J'ai été stupéfié par l'une des déclarations que vous faites dans votre mémoire. Vous avez indiqué que les budgets de la santé communautaire dans le domaine de la santé publique en Ontario sont gelés depuis 12 ans. Il s'agit essentiellement d'une réduction de 18 à 20 p. 100 du réel pouvoir d'achat. C'est un chiffre effarant. Je n'arrive pas à songer à d'autres services gouvernementaux dont les budgets sont gelés depuis 12 ans.

**Mme Bregman:** Il n'y en n'a pas d'autres. Il ne s'agit pas simplement des fournisseurs. À Ottawa, par exemple, il existe une liste d'attente de cinq ans pour les services de gestion de cas concernant des personnes ayant des maladies mentales graves. La moitié des gens sur cette liste d'attente ont fait des tentatives de suicide.

**Le président:** Une liste de cinq ans?

**Mme Bregman:** Oui. Ce sont des chiffres stupéfiants. Il ne faut pas oublier que l'autre aspect par lequel la santé mentale se distingue, c'est que les fonds gouvernementaux ne servent qu'à financer des services à l'intention des personnes ayant de graves maladies mentales. C'est pourquoi il est si difficile pour les employés d'avoir accès aux services parce que nous ne finançons les services de santé mentale qu'à l'intention de ces groupes ciblés très précis.

Je crois que les fournisseurs de soins primaires assurent 75 p. 100 de tous les services de santé mentale. Cela est en train de devenir un aspect de plus en plus important de leur travail. L'accès à des services vraiment efficaces est un énorme problème.

**Le président:** Nous n'examinons pas cette question sur le plan strict de la santé mentale.

Je suis fasciné de constater à quel point le stress est devenu un problème répandu. Je vais faire un peu de provocation. Comment distinguez-vous un problème réel d'un problème factice? Lorsque quelqu'un se casse une jambe, il est évident qu'il a une jambe cassée. Dans le cas des douleurs au dos, j'ai été fasciné de constater que de nouveaux protocoles ont été élaborés et que les

skepticism in the country. There is the view that people say they are stressed in part because they are allowed a number of days of sick leave and they need a reason to take them so they can have a few days off. Back pain used to be the way of doing it. Now it is switched to stress.

I am saying that to be deliberately provocative, but one of the important issues with which a committee such as ours must grapple is to separate fact from fiction — or to understand true reality. That is not to argue that there are not significant mental illnesses in the workplace; it is obvious there are. How do you suggest that we come to grips with that issue?

**Ms. Bregman:** I am not a clinician, but we actually send that same message when we go out and speak, because we want to ensure that employers are differentiating between stress and mental illness and it is a continuum. I do not think it is a one or the other.

In respect of criteria that are used for diagnosis of a mental illness — depression for example — there is a list of symptoms and a question as to whether you had a certain kind of symptoms for more than a two-week period. There are clinical criteria that can be used to determine a mental illness. Stress can make a mental illness worse and it may even trigger it. However, it is important to make that distinction in your report.

**Senator Morin:** Mr. Kelloway is giving a completely different picture and I fully agree with the chairman. There is the stress of work, but there is also the stress of being unemployed. There is always stress and some people work better under stress — whatever stress means. I think it is a vague concept. It is like “burnout,” many people do not agree on the definition of the term.

I am surprised that no one has spoken about this. There is stress, but there is also the employment of schizophrenic patients and no one has mentioned that. There is the employment of patients with depression. I think that is something we should address.

If you work too much you are stressed; if you do not work enough, you are stressed. If you are in a position of responsibility, you are stressed; if you are not in a position of responsibility and have no control over your work, you are stressed. If you are bored, you are stressed. You are stressed all the time. The alternative is being unemployed and what is the stress level of being unemployed?

I worked in hospitals all my life and I see people in the emergency department and so forth who work under all sorts of pressures and stress. They are certainly not unhappy. This is what they have chosen.

I am extremely worried because if we go down this line, everyone will take leave for stress. Senator Robertson has been stressed from sitting next to me right now.

douleurs au dos ont disparu et ont fait place au stress. Il y a beaucoup de scepticisme dans ce pays. On considère que les gens disent être stressés en partie parce qu'on leur autorise un certain nombre de jours de congés de maladie et qu'ils ont besoin d'une raison pour les prendre afin d'avoir quelques jours de repos. Auparavant, on invoquait les douleurs au dos. Maintenant, on invoque le stress.

Je dis cela délibérément pour provoquer, mais une chose importante qu'un comité comme le nôtre doit faire, c'est de faire une distinction entre les faits et la fiction — ou de comprendre la vraie réalité. Je ne veux pas dire qu'il n'y a pas d'importantes maladies mentales en milieu de travail; il est évident qu'il y en a. À votre avis, comment pouvons-nous nous attaquer à ce problème?

**Mme Bregman:** Je ne suis pas clinicienne, mais en fait nous envoyons le même message lorsque nous allons parler aux employeurs, car nous voulons nous assurer que ces derniers font la distinction entre le stress et la maladie mentale, et c'est un continuum. Je ne pense pas que ce soit l'un ou l'autre.

Pour ce qui est des critères qui sont utilisés pour diagnostiquer une maladie mentale — la dépression, par exemple — il existe une liste de symptômes et on demande si la personne a eu un certain type de symptômes pendant une période de plus de deux semaines. Il y a des critères cliniques qui peuvent être utilisés pour déterminer une maladie mentale. Le stress peut empirer une maladie mentale ou même la déclencher. Cependant, il est important de faire cette distinction dans votre rapport.

**Le sénateur Morin:** M. Kelloway brosse un tableau tout à fait différent et je suis entièrement d'accord avec le président. Il y a le stress au travail, mais il y a également le stress du chômage. Il y a toujours du stress et certaines personnes fonctionnent mieux lorsqu'elles sont stressées — selon ce que signifie le stress. Je pense que c'est un concept plutôt vague. C'est comme l'épuisement professionnel, bien des gens ne sont pas d'accord sur la définition du terme.

Je suis surpris que personne n'en ait parlé. Il y a le stress, mais il y a aussi des schizophrènes qui travaillent et personne ne l'a mentionné. Il y a des gens qui souffrent de dépression qui travaillent. Je pense que c'est une question que nous devrions aborder.

Si on travaille trop, on est stressé; si on ne travaille pas assez, on est stressé. Si on a un poste de responsabilité, on est stressé; si on n'a pas de poste de responsabilité et si on n'a aucun contrôle sur son travail, on est stressé. Si on s'ennuie, on est stressé. On est tout le temps stressé. L'autre possibilité c'est d'être au chômage, et quel est le niveau de stress lorsqu'on est au chômage?

J'ai travaillé dans des hôpitaux toute ma vie et en urgence, il y a des gens qui travaillent constamment sous pression et avec beaucoup de stress. Il ne sont certainement pas malheureux. C'est ce qu'ils ont choisi.

Je suis extrêmement inquiet car si nous continuons ainsi, tout le monde prendra congé en raison du stress. Le sénateur Robertson subit un stress en ce moment parce qu'elle est assise à côté de moi.



**Mr. Phillips:** The issue of back pain is an interesting corollary. If you want the toughest adjudication of these issues and whether they are real, a good place to start is the insurance industry.

Let us put aside the word stress for a moment because that might be a popularizedglom of many mental health issues. Insurance adjudicators, by and large, are not softies looking for reasons to give away their employers' money. If over 40 per cent of disability claims they are paying now are related to mental illness and mental health related issues then that is one way to answer your question of focusing on the real importance of this. They are not in the business of giving away money; if anything, they are in the business of not.

In terms of characterization of stress, let me tell you the good thing about the fact that people refer to being stressed. Talking about being depressed or being schizophrenic are tough topics for people. One of the huge issues around dealing with this matter is the stigma, which Ms. Bregman mentioned.

We now have a popularized term — "stress" — with which people feel comfortable. In fact, it leads them into the potential for treatment; it leads them into conversations about the nature of their problem and challenge. Sometimes it is merely the fact that they are working really hard and having a hard time coping with it. A number of other times, there are real issues that can be treated.

In respect of the realm of physical health, everything everyone does is not healthy every day at work. There are things in a workplace that we would suggest people do not do because it is unsafe or not good for their physical health. People will continue to do them anyway. That does not mean there is not a better way to do it. That does not mean that some of the issues around how you can structure work cannot be improved.

There probably is a clinical definition of stress, but I am not a clinician so I do not want to speak to what I do not know. However, it is a gateway through which the people who need support can feel comfortable starting to get it. For that reason, I do not think it should be minimized.

**Mr. Kelloway:** Obviously, if you see my report, I am not as willing to dismiss the concept of stress.

**The Chairman:** Let me be clear. We did not indicate we are willing to dismiss it. It is important that we ask the tough questions because the reality is that a significant group of people is highly skeptical. Since much of this skepticism exists within major decision-makers in the public and private sectors, unless we can find a way to address that scepticism, progress will be really hard to achieve.

**Mr. Kelloway:** A lot of the scepticism seems to orient around the fact that the only way you know I am stressed is to ask me, so you have to accept my word for it. There are no other indicators — or not exact indicators. There are some physiological correlates of stress such as increased blood pressure, cardiac reactivity, and

**M. Phillips:** Le problème du mal de dos est un corollaire intéressant. Si l'on veut voir l'adjudication la plus rigoureuse de ces questions et vérifier si les problèmes sont réels, l'industrie de l'assurance est un bon point de départ.

Mettons un instant le mot stress de côté, car c'est peut-être un terme popularisé pour bien des problèmes de santé mentale. Les compagnies d'assurance en général ne cherchent pas des raisons pour dépenser l'argent de leurs employeurs. Si plus de 40 p. 100 des sinistres d'invalidité qu'ils paient à l'heure actuelle sont liés à la maladie mentale et à des questions liées à la santé mentale, alors c'est une façon de répondre à votre question concernant l'importance de tout cela. Ils ne sont pas là pour distribuer de l'argent; je dirais que c'est plutôt le contraire.

Pour ce qui est du stress, laissez-moi vous dire ce qui est bien lorsque les gens disent qu'ils sont stressés. Il est difficile pour les gens de dire qu'ils sont déprimés ou schizophrènes. Comme Mme Bregman l'a dit, la stigmatisation de ces maladies pose énormément de problèmes.

Nous avons maintenant un terme populaire — stress — avec lequel les gens se sentent à l'aise. En fait, cela les amène à aller chercher un traitement; cela les amène à parler de la nature de leur problème et du défi. Parfois, il s'agit tout simplement du fait qu'ils travaillent très fort et qu'ils ont de la difficulté à composer avec la situation. À d'autres moments, ils ont des problèmes réels qui peuvent être traités.

Lorsqu'on parle de la santé physique, tout le monde n'est pas toujours en santé tous les jours au travail. Il y a des choses en milieu de travail que les gens ne devraient pas faire parce que ce n'est pas sécuritaire ou ce n'est pas bon pour leur santé physique. Les gens continuent de les faire de toute façon. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas une meilleure façon de le faire. Cela ne veut pas dire que ces mêmes problèmes sur la façon de structurer le travail ne peuvent pas être améliorés.

Il existe sans doute une définition clinique du stress, mais je ne suis pas clinicienne de sorte que je ne veux pas parler de ce que je ne connais pas. Quoi qu'il en soit, c'est une façon pour les gens qui ont besoin de soutien de se sentir à l'aise pour aller chercher de l'aide. Pour cette raison, je ne pense pas que cela devrait être minimisé.

**M. Kelloway:** De toute évidence, si vous voyez mon rapport, vous constaterez que je ne suis pas aussi disposé à rejeter le concept du stress.

**Le président:** Soyons bien clairs. Nous n'avons pas dit que nous étions prêts à rejeter ce concept. Il est important que nous posions des questions difficiles car la réalité c'est que beaucoup de gens sont très sceptiques. Puisqu'il y a autant de scepticisme au sein des principaux décideurs des secteurs public et privé, à moins que nous puissions trouver une façon d'éliminer ce scepticisme, il sera très difficile de faire des progrès.

**M. Kelloway:** Le scepticisme semble en grande partie attribuable au fait que la seule façon pour vous de savoir si je suis stressé est de me poser la question, et vous devez me croire sur parole. Il n'y a pas d'autres indicateurs — pas d'indicateurs précis. Il y a des corrélats physiologiques du stress, notamment



salivary cortisol measures — all kinds of things you can use. When you use those, you find they correlate very well with self-reports.

When we go to objective measures of job conditions — not measured by what people think their job is like, but very objective measures such as deriving from the employer or job analysis or something like that, you get essentially the same results.

There are also a variety of other areas where we rely on the individual to report symptoms and we accept his or her word for it. When I get back to Halifax on Monday, I am going to my optometrist. When he checks my vision and asks if I can see better when he changes the lens, he accepts my answer as my word.

There is always the potential for fraud, but there is very good evidence that, in fact, objective work conditions are associated with stress. Stress is associated with all kinds of objectively measured outcomes, including coronary heart disease and physical symptoms, so I do not see any reason to suspect them. I realize there is a problem, because we are not willing to trust people when they tell us that they are experiencing a lot of stress. It is complicated by the fact there are individual differences in stress tolerance. Some individuals may be able to tolerate more or less stress.

**Mr. Savoie:** I would like to make the remark that back pain has not disappeared. Eighty per cent of people will have back pain at some point in life. What has changed is that the prevention measures in the workplace have improved; but also the disability case management has tremendously improved over the years.

With mental health, we could sort of disregard the problem and say it does not exist. However, the reality in the workplace is it is there. What are we going to do about it? My feeling is that we think that if we put too much attention on that issue, we will take money away from other health care services. We will put it to mental health where maybe it might not be justified.

Let me remind you again, the major part of the solution will come within the workplace itself. This is a not a money burden for the health system. It might in fact save money. I agree with Mr. Kelloway; it has been demonstrated again and again. Some people may lie, but most people do not lie all the time. When people tell you something, normally you sit down and listen carefully.

Is it like a mood or something that will disappear over time? I do not think it will disappear in the very short future. However, again, what back pain has shown is that we can do something about it. If we put ourselves together, there are things we can do.

une tension artérielle plus élevée, la réactivité cardiaque et les mesures de cortisol dans la salive — on peut utiliser toutes ces choses. Lorsqu'on les utilise, on constate qu'il y a corrélation avec l'auto-évaluation.

Lorsque nous mesurons de façon objective les conditions de travail — non pas une évaluation selon ce que les gens pensent de leur travail, mais une évaluation objective à partir de l'employeur ou de l'analyse des fonctions ou quelque chose du genre, on obtient essentiellement les mêmes résultats.

Il y a toute une série d'autres domaines dans lesquels on compte sur la personne qui signale ces symptômes et nous la croyons sur parole. Lorsque je rentrerai à Halifax lundi, j'irai voir mon optométriste. Lorsqu'il vérifie ma vision et me demande si je vois mieux lorsqu'il change la lentille, il me croit sur parole lorsque je lui réponds.

Il y a toujours possibilité de fraude, mais tout indique qu'en fait, les conditions de travail objectives sont liées au stress. Le stress est lié à toutes sortes de résultats mesurés de façon objective, notamment la coronopathie et les symptômes physiques, de sorte que je ne vois aucune raison de les soupçonner. Je comprends qu'il y a un problème, car nous ne sommes pas prêts à faire confiance aux gens lorsqu'ils nous disent qu'ils ont beaucoup de stress. Tout cela se complique du fait qu'il y a des différences individuelles au niveau de la tolérance du stress. Certaines personnes sont peut-être en mesure de mieux tolérer le stress que d'autres.

**M. Savoie:** Je voudrais dire que le mal de dos n'a pas disparu. Quatre-vingt pour cent des gens auront mal au dos à un certain moment donné au cours de leur vie. Ce qui a changé, c'est que les mesures de prévention en milieu de travail se sont améliorées; mais la gestion des cas d'invalidité s'est également beaucoup améliorée au fil des ans.

En ce qui a trait à la santé mentale, nous pourrions en quelque sorte ne pas tenir compte du problème et dire qu'il n'existe pas. Cependant, la réalité en milieu de travail est que le problème existe. Qu'allons-nous faire pour y remédier? J'ai l'impression que nous pensons que si nous accordons trop d'attention à la question, nous devons aller chercher des fonds dans d'autres services de soins de santé pour les diriger vers la santé mentale ou ce n'est peut-être pas justifié.

Permettez-moi encore une fois de vous rappeler que la solution viendra en grande partie du milieu de travail lui-même. Ce n'est pas un fardeau financier pour le régime de soins de santé. En fait, cela pourrait peut-être permettre d'épargner de l'argent. Je suis d'accord avec M. Kelloway; cela a été prouvé à de nombreuses reprises. Il y a peut-être des gens qui mentent, mais la plupart des gens ne mentent pas tout le temps. Lorsque les gens vous disent quelque chose, habituellement vous les écoutez attentivement.

Est-ce comme un état d'esprit ou quelque chose qui disparaîtra avec le temps? Je ne pense pas que cela disparaîtra à très court terme. Toutefois, je le répète, ce que le mal de dos a montré, c'est que nous y pouvons quelque chose. Si nous nous y mettons, il y a des choses que nous pouvons faire.



To manage the world, we used to divide the world; and to manage research, we divided research. Clinical research, health research, sociology and many other disciplines will contribute. This issue affects everyone in business — from managers to engineers to workers. It is the same in research. The linkage among all the entities has not yet been done. I think we must look at it that way.

**Senator Roche:** The witnesses should know that this committee brings a lot of sympathy to the subject of mental illness. We have heard some heart-rending testimony over the past few months that has really affected me, and I think my colleagues as well.

We do not want to dilute the importance of our forthcoming report by letting the skeptics overcome the real message of mental illness that we want to get out with our recommendations — that is, doing something about it in an appropriate way. If we were to take the avenue that depression will be the leading cause of work days lost and the growth in stress as a reason for paying attention to mental illness, I am concerned that we will have diverted public attention — and maybe governmental attention — away from the centrality of our message.

As a layman here, I am uncertain of the relationship between stress and mental illness. As Senator Morin says, we all feel stressed. I am wondering if the increase in stress is not so much like mental illness, but a growing inability of so many people to cope with the crises of the world. There are crises all over the world, all over our country — SARS, beef, the Middle East. Stress is everywhere. I wonder if the pressures of the modern world and the pressures of coping with all the things we have to deal have become so extreme that it is adding to stress to be sure. However, is it necessarily building up mental illness?

If we pitch our report on the growing stress and growing depression and pay attention to us — I think I have said enough. You get my feeling here. I am worried that we will have diluted the attention I want to pay to the clinical problems of mental illness that need to be repaired.

**Ms. Bregman:** Perhaps I can help put together a framework. We are all saying similar things but from different perspectives. I do not want to dismiss stress as something that is not important. There is some relationship between stress and building to mental illness. However, I do think, as you said, we do need to differentiate for a couple of reasons. One is because we do have to start acknowledging mental illness. It is as much about saying the word as it is about solving the problem. The other thing is that solutions are different. We need to focus on what we say about them. Talking about stress is not necessarily something that

Pour mener le monde, nous avions l'habitude de le diviser; et pour mener la recherche, nous l'avons divisée. La recherche clinique, la recherche en santé, la sociologie et de nombreuses autres disciplines fourniront un apport. Cette question touche tout le monde — des gestionnaires aux ingénieurs en passant par les travailleurs. Il en est de même pour la recherche. La liaison entre toutes les entités n'est pas encore faite. Je pense que c'est de cette façon que nous devons l'envisager.

**Le sénateur Roche:** Les témoins doivent savoir que le comité se préoccupe beaucoup de cette question de la maladie mentale. Au cours des derniers mois, nous avons entendu des témoignages déchirants qui m'ont vraiment touché, et je pense qu'il en est de même pour mes collègues.

Nous ne voulons pas minimiser l'importance de notre prochain rapport en laissant les sceptiques obscurcir le véritable message que nous voulons faire passer au sujet de la maladie mentale dans nos recommandations — c'est-à-dire faire quelque chose à ce sujet et de façon appropriée. Si nous devons soutenir qu'il faut s'intéresser à la maladie mentale parce que la dépression deviendra la principale cause d'absentéisme et que le stress augmentera, je crains que nous ne détournions ainsi l'attention du public — et peut-être aussi celle du gouvernement — de l'essentiel de notre message.

En tant que profane, je ne connais pas bien le lien qui existe entre le stress et la maladie mentale. Comme l'a dit le sénateur Morin, nous ressentons tous du stress. Je me demande si l'augmentation du stress n'est pas beaucoup apparentée à la maladie mentale, mais plutôt une incapacité grandissante d'un grand nombre de gens de faire face aux crises qu'il y a dans le monde. Il y a des crises partout dans le monde, partout dans notre pays — le SRAS, la maladie de la vache folle, la crise au Moyen-Orient. Le stress est omniprésent. Je me demande si les pressions de la vie moderne et la nécessité de composer avec toutes les choses qui se passent ne sont pas devenues si lourdes qu'elles ajoutent certainement au stress. Quoi qu'il en soit, est-ce que cela conduit nécessairement à la maladie mentale?

Si nous axons notre rapport sur la montée du stress et de la dépression et centrons l'attention sur nous — je pense en avoir assez dit. Vous voyez ce que je veux dire. Je crains que nous ne détournions l'attention que je veux accorder aux problèmes cliniques que pose la maladie mentale et auxquels il faut remédier.

**Mme Bregman:** Peut-être puis-je vous aider à délimiter un cadre de travail. Nous disons tous des choses apparentées, mais d'un point de vue différent. Je ne veux pas diminuer l'importance du stress. Il existe une relation entre le stress et l'apparition de la maladie mentale. Toutefois, je pense bel et bien, comme vous l'avez dit, que nous devons effectivement établir une différence pour deux ou trois raisons. D'abord nous devons effectivement commencer à reconnaître l'existence de la maladie mentale. L'appeler par son nom est la première étape vers la solution au problème. L'autre chose, c'est que les solutions diffèrent. Nous

would dilute your report if what you say about stress is focused on the solutions for stress, not depression, and then move along the continuum.

For example, if you prescribe an exercise program such as yoga for someone who is stressed, that kind of primary prevention is great; it improves people's sense of health and well-being. However, that will not treat depression. Part of the reason we make that distinction is to make people understand that just dealing with the things that help with stress will not assist with mental illness. We need to talk about the continuum of responses that are available.

Stress, as you said, is defined as how you respond to the world. When we do stress-prevention education, we are helping people to change the way in which they respond to the things they face. That is not what we do with depression.

Therefore, I would encourage you to make sure that when you address each of these issues, you encourage the appropriate responses to them — be they mental illness or stress. They are not the same. The responses required in the workplace are not the same.

**Senator Roche:** It is clear that stress is not the same thing as mental illness. I am stressed all the time, but I do not think I am mentally ill.

**Ms. Bregman:** I am not a clinician. There is a continuum and there is a significant amount of discussion about this. Definitions are always the hardest thing to do. I do some consulting from time to time. I am writing a paper for the European commission on defining disability for new legislation. These things are a struggle. Maybe we can go back and look for some research that might assist you.

**Senator Roche:** Are you distinguishing between stress and depression?

**Ms. Bregman:** Yes, I am.

**Senator Roche:** Stress does not lead to mental illness, but depression is a form of mental illness?

**Ms. Bregman:** There is some research that indicates that stress may lead to mental illness. When you tease out the definitions, the World Health Organization number 2020 talks about unipolar depression only. It is not even the whole range of mental illness. We tend to make it more generic.

**Mr. Kelloway:** There is some terminology confusion going on. Part of that is disciplinary. When I think of mental health, I do not think of mental illness. I would distinguish between the two. I mean in no way to dispute the focus that the committee would like to place in their report. I would be fully supportive of a report that dealt with mental illness and how we treat mental illness.

devons nous concentrer sur ce que nous en disons. Parler du stress ne va pas nécessairement diluer le message de votre rapport si ce que vous dites au sujet du stress est concentré sur les solutions au stress, et non pas sur la dépression, et que vous poursuivez ensuite sur cette voie.

Par exemple, si l'on prescrit un programme d'exercices comme le yoga pour quelqu'un qui est stressé, une prévention primaire de ce type est excellente; elle améliore l'état de santé et le bien-être de l'intéressé. Cependant, cela ne traitera pas l'état dépressif. Une des raisons pour lesquelles nous établissons cette distinction, c'est pour que les gens comprennent que de se contenter des choses qui contribuent à réduire le stress ne va pas réduire la maladie mentale. Nous devons parler du continuum des soins qui sont disponibles.

Le stress, comme vous l'avez dit, est lié à la façon dont on réagit au monde. En matière de prévention du stress, nous aidons les gens à changer la façon dont ils réagissent aux choses auxquelles ils font face. Ce n'est pas ce que nous faisons dans le cas de la dépression.

Alors je vous encouragerais donc, quand vous traitez de chacune de ces questions, à veiller à y apporter les réponses appropriées — maladie mentale ou stress. Ce n'est pas la même chose. Les réponses dont on a besoin en milieu de travail ne sont pas les mêmes.

**Le sénateur Roche:** Il est clair que le stress n'est pas la même chose que la maladie mentale. Je suis tout le temps stressé, mais je ne pense pas avoir de maladie mentale.

**Mme Bregman:** Je ne suis pas clinicienne. Il y a un continuum et ces questions font l'objet de beaucoup de discussions. Le plus dur à faire, c'est toujours de trouver des définitions. Je donne des consultations de temps à autre. Je suis en train de rédiger un document pour la Commission européenne sur la façon de définir l'incapacité en prévision d'un nouveau texte législatif. C'est extrêmement compliqué. Peut-être pourrions-nous tenter de trouver des travaux de recherche qui pourraient vous aider.

**Le sénateur Roche:** Établissez-vous une distinction entre le stress et la dépression?

**Mme Bregman:** Oui, bien sûr.

**Le sénateur Roche:** Le stress ne mène pas à la maladie mentale, mais la dépression est une forme de maladie mentale?

**Mme Bregman:** Des recherches indiquent que le stress peut mener à la maladie mentale. Quand on démêle les définitions, on constate que le bulletin 2020 de l'Organisation mondiale de la santé ne traite que de la dépression unipolaire. Ce n'est même pas toute la gamme de la maladie mentale. Nous avons tendance à en parler de façon plus générique.

**M. Kelloway:** Il y a une confusion dans les termes. C'est en partie une affaire de discipline. Quand je pense santé mentale, je ne pense pas maladie mentale. Je ferais une distinction entre les deux. Loin de moi l'idée de contester l'optique que le comité aimerait donner au rapport. J'appuierais entièrement un rapport qui porterait sur la maladie mentale et la façon dont nous la



That is a crucial issue for society. I do not think of it as a mental health issue, I do not think of it as the sole definition of mental health.

I respect your view. If you include a wide variety of mental health issues, you will write a report that deals with mental health, but may not have a very clear focus on mental illness.

**The Chairman:** Can I be clear? I think we all understand what we mean by mental illness, but you are saying that someone could have a mental health problem but not be mentally ill?

**Mr. Kelloway:** That is correct.

**The Chairman:** In some sense, mental illness is very clearly defined from a clinical standpoint. We all have mental health of some form or another, some of it may be a 10 out of 10-point scale and some of it may be on a two. Two does not mean you are mentally ill, it means you are not mentally healthy?

**Mr. Kelloway:** Agreed. There is the diagnostic and statistical manual of the American Psychiatric Association that is used to establish the diagnostic criteria for mental illnesses. The diagnostic criteria for something like depression, is very much a continuum. We have chosen a level of symptomatology and said if you hit that level we will diagnose you as being clinically depressed — suffering unipolar depression.

**The Chairman:** You are into the mentally ill category?

**Mr. Kelloway:** If you are two steps back from that you have a mental health problem.

**Senator Morin:** You are not unhealthy? If you have a cold, are you ill or unhealthy? What you are saying is it is a grading of symptoms. It is the only field of medicine where you have this distinction. In any other field, you are either healthy, or unhealthy, or sick. If you are sick, you have a diagnosis. What you are saying is you are unhealthy but there is no name to it. That is unbelievable.

This distinction between mental health and mental illness creates an unbelievable disservice to the patients who really need our help: the schizophrenics. Here you are talking about the workplace. Nobody has mentioned the fact of the employment of those patients who are unemployed and need work. These are the schizophrenics, the mood disorders and all these patients.

We are talking about someone who had a fight with his boss. Twenty years ago, he would have wept on his wife's shoulder and the next day he would be back to work. Now he can take a week off for that. That is it. Of course, he is stressed.

How could you put this in the same field as a patient with a mood disorder and with schizophrenia who is facing unbelievable problems in the workplace? They cannot find a job. They are

traînés. La question est cruciale pour la société. Je ne la perçois pas comme une question de santé mentale, je n'y vois pas la seule définition de santé mentale.

Je respecte votre opinion. Si vous incluez une vaste gamme de questions touchant la santé mentale, vous rédigerez un rapport qui portera sur la santé mentale, mais on n'y traitera peut-être pas très clairement de maladie mentale.

**Le président:** Puis-je être clair? Je pense que nous comprenons tous ce que nous voulons dire par maladie mentale, mais vous dites que quelqu'un pourrait avoir un problème de santé mentale sans avoir de maladie mentale?

**M. Kelloway:** C'est juste.

**Le président:** En un sens, la maladie mentale est clairement définie du point de vue clinique. En matière de santé mentale, nous avons tous quelques faiblesses, dans certains cas elle peut-être de 10 sur une échelle de 10 et dans d'autres de deux seulement. Quand on a un deux, ça ne veut pas dire qu'on a une maladie mentale, ça veut dire qu'on n'a pas une bonne santé mentale?

**M. Kelloway:** C'est cela. Il y a le manuel statistique et diagnostique de l'American Psychiatric Association dont on se sert pour établir les critères de diagnostique pour les maladies mentales. Le critère diagnostique pour la dépression, par exemple, est essentiellement un continuum. Nous avons choisi un niveau de symptomatologie et dit que si l'on atteint ce niveau, on pose un diagnostic de dépression clinique — c'est-à-dire qu'on souffre de dépression unipolaire.

**Le président:** On parle ici de maladie mentale?

**M. Kelloway:** Si on se situe à deux degrés en deçà de ce niveau, on dit qu'on a un problème de santé mentale.

**Le sénateur Morin:** On n'est pas en bonne santé? Si on a un rhume, est-on malade ou pas en bonne santé? Êtes-vous en train de dire que c'est une gradation des symptômes. C'est le seul domaine de la médecine où l'on a cette distinction. Dans tout autre domaine, soit on est en bonne santé, ou pas en bonne santé, ou malade. Si on est malade, on pose un diagnostic. Ce que vous dites, c'est que quelqu'un n'est pas en bonne santé sans avoir de nom pour cet état. C'est incroyable.

La distinction entre la santé mentale et la maladie mentale nuit de façon incroyable aux patients qui ont vraiment besoin de votre aide: Les schizophrènes. Ici vous parlez du milieu de travail. Personne n'a parlé de l'emploi de ces patients qui sont sans travail et qui ont besoin de travailler. Ce sont les schizophrènes, ceux qui ont des troubles de l'humeur et tous ces patients.

Nous parlons de quelqu'un qui a eu une querelle avec son patron. Il y a 20 ans, il aurait pleuré sur l'épaule de sa femme et le lendemain il serait rentré au travail. Maintenant il peut s'absenter une semaine pour cela. C'est cela. Bien sûr, il est stressé.

Comment pouvez-vous mettre cela sur le même plan qu'un patient qui a des troubles de l'humeur et qui est atteint de schizophrénie et qui connaît d'incroyables difficultés en milieu de

discriminated against; nobody is out there to help them. They are unemployed all their life.

I am not alone saying that. I heard a professor who wrote a paper specifically on this topic. He spoke to it at the mental health advisory board — it was not at this committee. He spoke at the advisory board of the mental health institute of CIHR. He said it is creating a great disservice to those patients with mental illness.

I am not saying that there is not a gradation. A cold is not SARS. I am sorry if I get a bit upset on this, but there is a danger here. The employers should also address the problem of mental illness, not only mental health. I know why they are not doing it: there are problems associated with employing a schizophrenic. We should address that.

**Mr. Savoie:** I will throw a rock in the pond. Senator Morin is saying that the industry in general does not do its job by hiring people with mental health problems and mental diseases. I agree with him completely. On the reverse, if I have a company and I say I have a problem and you will not listen, that is a dichotomy. There is no possible dialogue. You are trying to tell the industry what they should do and they are asking you for help. You say that it is not sufficiently important; they should not receive help.

If we want to have more people integrated into the workplace, there is knowledge to develop there. It might start with the industry's problem and then once they learn how to do it, they can start hiring other people. I am not talking on behalf of employers here; I am totally neutral. However, that is the feeling that I have. They have a problem. They want to express it. If we do not listen to that, because it is not important enough, they will not listen to ours.

**Mr. Phillips:** The passion about it is fantastic. Perhaps we are not dealing with some of the more difficult clinical situations you raised — I think you answered yourself — because many of those people are not in the workplace. The response on one level would be whether it is an employer's responsibility or not, they are trying to address those people in the workplace where there are issues.

Although the issues can be minimized, they do not seem minimal to the person whose spouse just phoned them at work and said they are leaving and walked out, or the person who is dealing with substance abuse or other serious issues. The glaring piece of this is that we have a public health care system in Canada that does not deal with this. There are provinces in Canada where they screen people who have an EAP and will not let them into the public system if they have one. They prefer to off-load them to employers.

In a system where we pay taxes to have the government handle health care, the employers are already dealing with a very significant burden around providing basic mental health care —

travail? Il ne peut pas trouver d'emploi. Il est victime de discrimination; personne n'est là pour l'aider. Ces gens sont sans emploi toute leur vie.

Je ne suis pas le seul à le dire. J'ai entendu un professeur qui a justement rédigé un ouvrage sur cette question. Il en a parlé à un conseil consultatif sur la santé mentale — il ne s'agissait pas de ce comité-ci. Il prenait la parole au conseil consultatif de l'Institut de santé mentale des IRSC. Il a dit que cela nuisait grandement aux patients ayant une maladie mentale.

Je ne dis pas qu'il n'y a pas de gradation. Un rhume, ce n'est pas le SRAS. Je suis navré de m'emporter un peu à ce sujet, mais il y a là un danger. Les employeurs devraient aussi se pencher sur le problème de la maladie mentale, et ne pas parler que de santé mentale. Je sais pourquoi ils ne le font pas: embaucher un schizophrène pose des problèmes. Nous devrions en tenir compte.

**M. Savoie:** Je vais jeter un pavé dans la marre, je le sais. Le sénateur Morin dit que le marché du travail de façon générale devrait embaucher des gens qui ont des problèmes de santé mentale et des maladies mentales et ne le fait pas. Je suis tout à fait d'accord avec lui. En revanche, si j'ai une entreprise et que je dis que j'ai un problème et que l'on ne m'écoute pas, il y a une dichotomie. Aucun dialogue n'est possible. Vous essayez de dire au marché du travail ce qu'il devrait faire et il vous demande de l'aide. Vous dites que ce n'est pas assez important; qu'il ne devrait pas recevoir d'aide.

Si nous voulons intégrer davantage de gens au marché du travail, il y a des connaissances à acquérir. On pourrait commencer par le problème qu'a le marché du travail et une fois qu'on y aura appris comment s'y prendre, on pourra alors commencer à embaucher d'autres personnes. Je ne parle pas au nom des employeurs ici; je suis tout à fait neutre. Cependant, c'est l'impression que j'ai. Il ont un problème. Ils veulent en parler. Si nous ne les écoutons pas, parce que ce n'est pas assez important, ils ne nous écouteront pas à leur tour.

**M. Phillips:** Il est fascinant de voir la passion que cela suscite. Peut-être que nous ne traitons pas des situations cliniques les plus difficiles que vous avez mentionnées — je pense que vous avez vous-même fourni la réponse — parce que beaucoup de ces gens ne sont pas sur le marché du travail. La réponse d'une certaine façon consisterait à savoir s'il incombe ou non à l'employeur d'essayer de composer avec ces gens dans le milieu de travail quand ces questions se posent.

Bien qu'on puisse atténuer la gravité de ces questions, elles ne semblent pas minimales pour celui dont le conjoint vient de téléphoner du travail pour dire qu'il s'en va et part, ou pour la personne qui fait face à la toxicomanie ou à d'autres questions graves. Ce qui crève les yeux, c'est que nous avons au Canada un système de soins de santé public qui ne s'occupe pas de ces problèmes. Il y a au Canada des provinces où l'on ne peut pas avoir accès au système public si l'on bénéficie d'un programme d'aide aux employés. On préfère se décharger de ces cas sur les employeurs.

Dans un système où l'on paie des impôts pour que le gouvernement assure des soins de santé, les employeurs assument déjà une très lourde part du fardeau en assurant des



not dealing with mental illness in a substantive way, but basic mental health care. When it can take from six months to five years to get assistance, I think it is not just employers who are on the hook for not meeting their responsibilities.

**Ms. Bregman:** I want to address Senator Morin's comments. It is important to note that there actually is work going on as well for people who are seriously mentally ill. That is the population we are addressing. It is the only population that our initiative is addressing.

We did not put a lot about it in our brief because it is addressed from our perspective as an accommodation issue. We have been working with CIBC and Scotia Bank now for three years on improving employment opportunities for people with disabilities — mental illness in particular. We have material on our Web site and we have developed training for managers and supervisors that focuses on that. It focuses on how to have the conversation with someone? When you notice it is a performance issue and that they have a serious problem, what can you do about it? What are the steps that you can take?

What is encouraging to me, having done this in different contexts over 12 years, is that employers are now much more interested in this. That is for a couple of reasons. First, prevalence is higher. Second, the legal framework of human rights has forced them to ensure that they are complying with human rights. The banks, in particular, are doing it because of federal employment equity legislation. In addition, mental illness hits people when they are older. They are finding that their very valued employees are suddenly sick, so there is a connection.

Within the corporate sector, we are finding a willingness to begin to address some of these problems. We talk to them about accommodating. You can do very cost-effective accommodation for people with a mood disorder, with schizophrenia. We ask, "How do you talk to their colleagues? How do you have that interview?" We have actually done a little 10-minute video of a good interview and a bad interview to show the managers and supervisors. Those are the people who are dealing with it.

However, there is a disconnect. The business leaders are now talking about it, which is really good. However, the people on the ground have been dealing with this for a long time. I think there is a crying need out there for information, not only about accommodation. They want to know about the medication a person might be on so that they can understand it. They want good, factual information about mental illness so they can better understand it. Their fear is they will become the clinicians. That is where the question of access to services becomes so essential.

soins primaires en matière de santé mentale — il ne s'agit pas de s'occuper réellement de maladie mentale, mais d'offrir des soins primaires en matière de santé mentale. Quand il peut falloir de six mois à cinq ans pour obtenir de l'aide, je pense que ce ne sont pas que les employeurs à qui il faut reprocher de ne pas assumer leurs responsabilités.

**Mme Bregman:** J'aimerais parler de ce qu'a dit le sénateur Morin. Il est important de rappeler qu'il y a en fait du travail qui se fait aussi au sujet des gens qui sont atteints de maladie mentale grave. C'est la population que nous visons. C'est la seule population que vise notre initiative.

Nous ne nous y sommes pas attardés dans notre mémoire, parce que nous l'envisageons comme une question d'adaptation. Nous travaillons avec la CIBC et la Banque Scotia depuis trois ans maintenant à améliorer les perspectives d'emploi des personnes handicapées — la maladie mentale notamment. Nous avons des choses sur notre site Web et nous avons conçu à l'intention des gestionnaires et des superviseurs un programme de formation qui porte là-dessus. Il traite justement de la façon de converser avec quelqu'un. Quand vous voyez que c'est une question de rendement et qu'ils ont un problème grave, que pouvez-vous y faire? Quelles sont les mesures que vous pouvez prendre?

Ce que je trouve encourageant, après avoir travaillé là-dessus dans différents milieux depuis plus de 12 ans, c'est que les employeurs y accordent maintenant beaucoup plus d'attention. Pour diverses raisons. D'abord, la prévalence est plus grande. Ensuite, la protection juridique des droits de la personne les force à s'assurer qu'ils respectent ces droits. Les banques, en particulier, y veillent en raison de la loi fédérale sur l'équité en matière d'emploi. De plus, la maladie mentale frappe les gens quand ils vieillissent. On se rend compte que des employés très estimés sont subitement malades, et le lien se fait.

Dans le secteur des entreprises, nous voyons qu'on est disposé à commencer à s'occuper de certains de ces problèmes. Nous leur parlons d'adaptation. Nous pouvons prendre des mesures d'adaptation très utiles dans le cas des gens qui ont des troubles de l'humeur, qui sont atteints de schizophrénie. Nous demandons: «Comment parlez-vous à leurs collègues? Comment menez-vous cette entrevue?» Nous avons en fait réalisé une vidéo de 10 minutes pour montrer aux gestionnaires et aux superviseurs ce qu'est une bonne entrevue et une mauvaise entrevue. Ce sont les gens qui font face à ces situations.

Toutefois, il y a une faille. Les dirigeants du secteur des affaires en parlent maintenant, ce qui est vraiment bien. Cependant, les gens sur le terrain font face à cela depuis longtemps. Je pense qu'il y a un besoin criant d'information, et pas seulement au sujet des mesures d'adaptation. Ils veulent savoir quels médicaments la personne peut prendre afin qu'ils puissent comprendre ce qui se passe. Ils veulent une bonne information concrète sur la maladie mentale afin de mieux pouvoir comprendre. Ce qu'ils redoutent, c'est de devenir les cliniciens. C'est là la question de l'accès aux services qui devient si essentielle.



If someone walks into their office — and they do every day, I get a lot of call from the corporate world — and says, “I have this problem,” the first thing they ask is, “What can we do?” That is where they are stymied. I agree it is a really critical thing and we do need to talk to it. We also need to send that message of encouragement that mental illness is a chronic disease, that you can have recovery-remission; but it requires dedicated treatment when you are at that level. That is what we are not seeing.

**Senator Cook:** You have said that you not clinicians and I understand that. Your focus is a healthy workplace with a healthy person sitting in it — a workplace that is governed on one end with me receiving remuneration for being employed and on the other by that balance sheet. You are looking at competing forces in this workplace.

At what point along the continuum will your mental health be compromised? Is it when you become dysfunctional when you are doing your daily tasks? What are the triggers that the employer-employee relationships begin? Again, in the complexity of the workforce, you have the person who hired you. You have regulations. You have unions. You have people who advocate for you. It is almost like a vortex.

I know that mental health is desirable for outcomes and industry. Somewhere along the continuum, if those stressors are in place, you will become mentally ill. That is what my mind is trying to unravel — that point along the continuum.

That may be okay for Bell Canada, the large drug and multinational companies where you can write off A, B and C on your balance sheet. However, for the smaller businesses, where people work for minimum wages, how do we manage a workplace to ensure that the people in it are healthy, recognizing that there are stressors along the way that will move you over the line?

**Mr. Kelloway:** I am not sure that I have the whole answer, but I have a couple of observations. This analogy of a continuum works very well for some mental illnesses, depression being the obvious example. It does not work quite as well for schizophrenia, bipolar affective disorder or a host of other “psychoses” that have biological as well as environmental determinants.

That notion that as we continue to stress people they will eventually develop a mental illness is debatable depending on the form of the illness. I would not at all be prepared to argue that one develops bipolar disorder or schizophrenia as a result of increased workplace stress. There is much stronger evidence for depression. I do not want to focus too much on the continuum. Even within the diagnostic manual, there are very clear distinctions between classic psychoses and other forms of mental illness.

**Mr. Phillips:** Your question had two parts: one was around smaller business and one was looking at how and when. There are certain things that we see in what we do that can anticipate issues within workplaces. We provide EAP services for about 75 per cent of the health care institutions, hospitals and others in the GTA right now. Senator Roche mentioned the issues of

Si quelqu'un entre dans leur bureau — et cela se fait tous les jours, je reçois beaucoup d'appels du secteur des affaires — et dit: «J'ai tel problème», la première chose qu'ils demandent c'est, «Que pouvez-vous faire?» Ils sont alors dans une impasse. Je reconnais que c'est vraiment critique et que nous avons effectivement besoin d'en parler. Nous devons aussi pour les encourager faire comprendre que la maladie mentale est une maladie chronique, qu'il y a rétablissement, rémission; mais quand on en est là, il faut un traitement spécifique. Or, nous n'en voyons pas.

**Le sénateur Cook:** Vous avez dit ne pas être clinicienne et je le comprends bien. Ce que vous visez c'est un milieu de travail sain où évoluent des travailleurs en bonne santé — un milieu de travail où d'une part on est rémunéré pour le travail qu'on effectue et où d'autre part il y a des exigences de rentabilité. Il y a des intérêts opposés dans ce milieu de travail.

À quel moment la santé mentale est-elle compromise? Est-ce quand l'accomplissement de vos tâches quotidiennes vous rend dysfonctionnel? Qu'est-ce qui déclenche la relation employeur-employé? Encore là, dans la complexité du marché du travail, il y a la personne qui vous a embauché, il y a les règlements, il y a les syndicats. Il y a les personnes qui ont pris votre défense. C'est presque une spirale.

Je sais qu'une bonne santé mentale, ça contribue au succès de l'industrie. Si on est en présence de facteurs de stress, on sera atteint d'une maladie mentale tôt ou tard. Voilà ce que j'essaie d'identifier — le déclencheur.

C'est peut-être bien pour Bell Canada, les grandes compagnies pharmaceutiques et les multinationales qui peuvent absorber telle ou telle perte. Par contre, pour les petites entreprises, où les employés touchent le salaire minimum, comment est-il possible de gérer la main-d'oeuvre pour assurer sa santé, sachant qu'il y a des facteurs stressants qui risquent de vous faire perdre pied?

**M. Kelloway:** Je n'ai pas tous les éléments de réponse, mais j'aimerais faire quelques observations. Vous avez fait référence à un laps de temps, analogie qui convient parfaitement à certaines maladies mentales, par exemple, la dépression. Par contre, elle s'applique moins bien à la schizophrénie, au trouble bipolaire et à bien d'autres «psychoses» qui s'expliquent par des phénomènes biologiques aussi bien qu'environnementaux.

L'hypothèse selon laquelle le stress continu même inexorablement à la maladie mentale ne s'applique pas à toutes les formes de troubles. Je ne pourrais pas vous dire, par exemple, que le trouble bipolaire ou la schizophrénie sont causés par une augmentation du stress au travail. Par contre, le lien est beaucoup plus marqué pour ce qui est de la dépression. Je ne veux donc pas m'attarder sur cette question de continuum. Même dans le manuel de diagnostic, il existe une distinction très claire entre les psychoses classiques et les autres formes de maladie mentale.

**M. Phillips:** Votre question avait deux volets: l'un portait sur les PME et l'autre sur le quand et le comment. Il y a des signes précurseurs qui nous permettent d'anticiper des problèmes en milieu de travail. Actuellement, nous assurons la prestation de programmes d'aide aux employés dans 75 p. 100 des établissements de soins de santé, des hôpitaux, entre autres,



situational events and things that put stress on people. There are things that happen in an outside environment and an inside environment within an organization — restructuring, downsizing — that can point to additional pressures and can be triggers. Those are reasonably definable on a broad base of experience. Then you can call for additional support in those cases to prevent moving from just a difficult situation to mental illness.

The key we see — and it would be the same for small or large workforces — relates to supervisors and supervisory training. Most often, it is people for whom people work or work with who see the symptoms, if they know how to identify them. If they can learn to identify those symptoms, they are most likely to see what amounts to a change of behaviour, or an unexplained change in behaviour. If they are educated — as they are in some workforces — they can then do something whether it is a small or a large workplace.

What that something is, is another question. To emphasize your point, smaller workplaces are far less likely to have the kind of built-in supports through benefits and other things that would allow people access to EAP programs, or even drug benefits that would allow them to use anti-depressants or other things in a comfortable fashion. It is a more significant problem in those sorts of workplaces. The mechanisms to work with those workplaces are not all there.

The roundtable, however, has taken some initiatives because the CEOs of the five large banks are participants in the roundtable. For instance, the network and relationships that almost all workplaces have to have with the bank might be a point we can use as a node to educate people, because we know that they are interfacing with their bank. The bank might be the cause of their stress in some cases, but we know they are interfacing with their bank. That becomes an opportunity to reach out to those small workplaces that are typically going to have fewer resources across a range of health related services.

**Mr. Savoie:** I am taking Senator Morin's comments very seriously because I think the case has to be made. In regard to long-term disability, the insurance companies' figures show that these are the highest rates they have seen in years. When one applies for disability, he or she sees many specialists and is analysed thoroughly. There is something there. It is not artificial; it is real. That is an increase of disease, not only the diminution of mental health.

It is clear that if we must treat the problem as it comes into the workplace. I agree there is no one single stress factor that leads to a disease. This is a more statistical approach. A number of factors could affect a person over time and result in the development of a disease. If we do not act on that, the burden will come directly to the health care system. Affected persons will go out of the business and into the health care system.

dans la grande région de Toronto. Le sénateur Roche a mentionné les facteurs situationnels et d'autres facteurs stressants. Il existe des pressions supplémentaires qui peuvent agir comme déclencheurs dans l'environnement externe ainsi que dans l'environnement interne, au sein d'une organisation — la restructuration, la réduction des effectifs. L'expérience acquise permet d'identifier ces facteurs assez facilement. On peut alors demander une aide supplémentaire dans ces cas, évitant ainsi que la situation difficile ne se transforme en maladie mentale.

D'après nous, l'élément clé, qui est valable pour les grandes et les petites entreprises, c'est les superviseurs et leur formation. En général, ce sont les personnes pour qui on travaille ou avec lesquelles on travaille qui vont remarquer les symptômes, si elles sont en mesure de les identifier. Ainsi, elles sont les mieux placées pour remarquer un changement de comportement ou un changement de comportement inattendu. Si ces personnes sont formées, comme c'est le cas dans certaines entreprises, alors elles peuvent jouer un rôle important, que ce soit dans une petite ou une grande entreprise.

Pour ce qui est du rôle à proprement parler, c'est une autre paire de manches. Pour revenir sur le point que vous avez soulevé, il est moins probable que les petites entreprises aient des structures et des avantages permettant à la main-d'oeuvre de profiter de programmes d'aide aux employés, ni même des avantages médicaux qui permettraient de rendre abordables les antidépresseurs et autres médicaments. C'est un problème plus important dans ce genre de sociétés. Les mécanismes appropriés n'ont pas toujours été mis en place.

Par contre, certaines initiatives ont été lancées grâce à la présence des PDG de cinq des plus grandes banques à la table ronde. Par exemple, les relations que doivent entretenir presque toutes les entreprises avec la banque pourraient servir d'outils de sensibilisation. Nous savons que dans certains cas, la source du stress, c'est la banque, mais nous savons aussi qu'il existe une relation entre les entreprises et leur banque. C'est l'occasion d'établir un contact avec les petites entreprises qui ont en général moins de ressources pour assurer la prestation de services de santé.

**M. Savoie:** Je prends les observations du sénateur Morin très au sérieux car c'est une réalité qui doit être révélée. Pour ce qui est de l'invalidité à long terme, les statistiques des compagnies d'assurance nous montrent que nous avons atteint des taux records. Lorsqu'une personne fait une demande de prestations d'invalidité, elle doit consulter un grand nombre de spécialistes et son cas est analysé en profondeur. Ce n'est pas un problème fictif, mais tout à fait réel. On constate une augmentation de la maladie, et non seulement un appauvrissement de la santé mentale.

Il est clair qu'on doit s'attaquer à ce problème dans le milieu de travail. Il est vrai qu'il n'y a pas uniquement un facteur de stress qui cause la maladie. Il s'agit là d'une approche statistique. À la longue, bien des facteurs peuvent avoir des répercussions sur une personne avant qu'elle ne soit atteinte d'une maladie. Si nous n'agissons pas à ce niveau-là, le fardeau reposera directement sur le système de soins de santé. Les personnes touchées vont arrêter de travailler et vont se tourner vers le système de soins de santé.



I used the example of back pain. Do you know what happened with people after one or two years? They ended up on social assistance. They lost their jobs and there was nothing left. Their expenses were assumed by the society. Senator Morin has a point. We have to show the relative importance of the problem. If we do not look at it, two things will happen. First, the costs for business will become too heavy and there will be less income for the rest of the society. Second, the burden will be supported by the health system.

**Ms. Bregman:** The small business point is an important issue when you are talking about accommodation. We have been trying to work with small business. We have to address the fact that they will rely heavily on the publicly available services. They are going to be the most hurt by the fact that those services are not available. At the same time, often the small businesses actually know the people that work for them.

From our perspective, moving away from stress or the non-stress, there are a couple of things we have learned. One is that when you are talking about serious mental illnesses such as mood and affective disorders, there is evidence that early intervention helps. You want to identify it and treat it fast. If you do that, people tend to stay at work.

Where people end up on long-term disability — and, as a lawyer, I can tell you that getting long-term disability for stress is not an easy thing to do — for longer than six months, the likelihood of return is much lower. The goal should be how to address it so that it can be recognized in the workplace and treatment can be sought. Some of the barriers we have identified have to do with the unwillingness to disclose. I hear people say that they are afraid to go to their supervisor and say, "I am depressed." In our video we use a vignette where the supervisor says, "I am stressed, too." There is this downplaying of mental illness that we need to be able to differentiate and say this is not just about feeling blue today.

We recently did a session with the Ontario Hospital Association. That is a stressed out sector; they have one of the highest rates of people off from mental illness in everything — particularly with SARS right now in Toronto. They had two consumers who both spoke about the 10 years they spent in hospitals with postpartum depression and the problems they had. People would say, "I had postpartum depression and I cried for a day or two." This was someone who seriously wanted to kill her child.

We need to have that education and awareness. We also have to talk about and in some ways use stress as the entryway to talk about mental illness. It is building on what Mr. Savoie was saying. Use the opportunity of conversation about stress in the workplace to educate about mental illness. Take the door that is open to us to remove the stigma.

J'ai utilisé l'exemple des douleurs lombaires. Savez-vous ce que sont devenues ces personnes un ou deux ans plus tard? Des assistés sociaux. Elles ont perdu leur emploi et il ne restait plus rien. C'est la société qui a dû les prendre en charge. Le sénateur Morin a raison. Nous devons démontrer l'importance relative du problème. Autrement, il y aura deux conséquences. D'abord, les charges des entreprises deviendront trop importantes et le reste de la société aura moins de revenus. Ensuite, c'est le système de soins de santé qui devra assumer le fardeau.

**Mme Bregman:** La souplesse est un aspect important, surtout pour les PME. Nous avons tenté de travailler avec ces entreprises, sachant qu'elles dépendront de façon marquée des services publics. C'est pour elles que le manque de disponibilité de ces services sera le plus difficile. En même temps, c'est dans les petites entreprises que la direction connaît ses employés.

De notre côté, et je m'écarte de la distinction entre le stress et l'absence de stress, nous avons tiré deux leçons. Premièrement, dans le cas des troubles mentaux graves, comme les troubles affectifs ou les troubles de l'humeur, il a été démontré que l'intervention précoce est efficace. Il faut identifier puis traiter la maladie rapidement. Il est alors probable que l'employé ne quittera pas son emploi.

Pour les personnes qui touchent des prestations d'invalidité à long terme — en tant qu'avocat, je peux vous assurer que c'est très difficile d'obtenir ce genre de prestations en raison du stress — pendant plus de six mois, le retour au travail est beaucoup moins probable. L'objectif devrait être la reconnaissance en milieu de travail et le traitement. Le refus de déclaration est l'un des obstacles que nous avons identifiés. Certaines personnes m'ont dit qu'elles avaient peur de dire à leur chef: «Je suis déprimée.» Notre vidéo comprend un scénario où le chef répond: «Moi aussi, je suis déprimé.» On a tendance à sous-évaluer l'importance de la maladie mentale. Il faut qu'on fasse la part des choses et qu'on arrête de dire: «Aujourd'hui, je ne suis pas dans mon assiette.»

Nous avons récemment organisé une séance avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario. C'est un secteur très stressant; c'est là qu'on retrouve le taux le plus important de personnes qui sont en congé de maladie pour cause de maladie mentale — particulièrement en raison de la crise du SRAS que connaît actuellement Toronto. Deux patients ont parlé des 10 années qu'ils ont passé dans des hôpitaux car ils souffraient de dépression post-partum, ils nous ont parlé de leurs problèmes. On a tendance à dire «Je souffre de dépression post-partum; j'ai pleuré pendant toute une journée, sinon deux». Nous, nous avons vu des personnes qui voulaient véritablement tuer leur enfant.

Cette sensibilisation est essentielle. Je pense que le stress nous donne l'ouverture dont on a besoin pour soulever la question de la maladie mentale. Ça rejoint ce que disait M. Savoie. Il faudrait profiter du débat qui a lieu sur le stress en milieu de travail pour sensibiliser les gens à la maladie mentale. Saisir cette occasion pour essayer d'arrêter la stigmatisation.



When I talk to managers' groups, it is almost inevitable that someone will say, "I am so glad you came in." I always say to them that the first thing they should do, as a corporation, is make it clear to people that you have an accommodation policy and you are willing to address the subject of mental illness. You do not identify everyone. Every single time someone discloses. That is what happens when you work in mental health. When I do a media conference I will have the cameraman come over and say, "my sister committed suicide." We need to open the door to communication. Then we need solid communication and treatment to follow it. Those steps are critical in this process.

**Senator Cook:** I am trying to relate this to Senator Morin's principle. Let me give you a case in point. A 20-year-old young man with a master's degree in administration develops behavioural problems. He is in and out of the psychiatric wards for a period of two to three years. Then the system determines that he is able to return to his job, which is a challenging one with a multinational company. He had to fight human resources to get his job back because the system would not believe he was competent for work. Yet, they allowed it to move along a two to three-year timeline. He developed schizophrenia in his 20s. That is what you are talking about, that piece?

**Senator Robertson:** This will be one of the more difficult tasks that this committee has. As you can see, it can be all over the map. The care, whether it is in the home, school or the workplace — as we all know — really starts with prevention. I want to be very specific, because I want to focus on work-related stress and problems that come from that work-related stress.

Earlier, One of you talked about how the health of the worker and the health of the economy are interwoven. That relationship is extremely important for the success and the development of any country. We must be cognizant of the problems that we are facing in the employment field.

What I should like to ask you is how other developed countries have handled these issues? Where is Canada in that line-up?

Other witnesses have told us that we are lagging very badly on other issues, not work-related stress. We have the usual problems of too few professional and para-professional people. Is there somewhere we can turn to get guidance on how to proceed in a more logical manner? Not very long ago, we were told that the age of technology was going to free up people to have plenty of time off and life was going to be rosy. Well, people are working longer because they cannot get the phone out of their ear; they have their systems at home, so they never get away from their work field. I do not know how other countries are handling it, but I would be most interested to know.

It is not easy, but is there a shining example of good progress in this area of work-related stress?

Quand je m'adresse à des groupes de gestionnaires, il y a toujours quelqu'un pour me dire: «Je suis ravi que vous soyez venu.» Je leur dis systématiquement que leur première tâche, en tant que société, c'est de faire comprendre à leurs employés qu'une politique d'adaptation a été mise en place et que vous êtes prêts à aborder le sujet de la maladie mentale. On n'identifie personne. Il y a toujours quelqu'un qui révèle un cas. Dans le domaine de la santé mentale, ça fait partie du travail. Il arrive, par exemple, qu'un cameraman me dise: «Ma sœur s'est suicidée» lors d'une conférence de presse. Il faut amorcer la communication, qu'il faut ensuite renforcer tout en traitant la maladie. Il s'agit là d'étapes cruciales dans le processus.

**Le sénateur Cook:** J'essaie d'établir un lien avec tout ceci et le principe du sénateur Morin. Je vais donner un exemple. Un jeune homme de 20 ans, qui a une maîtrise en administration, commence à avoir des problèmes de comportement. Pendant deux ou trois ans, il se retrouve à plusieurs reprises dans des hôpitaux psychiatriques. Par la suite, on détermine, au sein du système, qu'il est apte à retourner au travail; il occupe un poste important dans une société multinationale. Il a dû mener une lutte avec les ressources humaines pour reprendre son travail parce qu'on doutait de sa compétence. Et pourtant, cela a duré pendant deux ou trois ans. Il souffre de schizophrénie depuis la vingtaine. C'est de cela dont vous parlez, n'est-ce pas?

**Le sénateur Robertson:** C'est l'une des tâches les plus ardues qui ait été confiée au comité. Comme vous avez pu le constater, c'est un domaine très vaste. Les soins, que ce soit au domicile, à l'école ou en milieu de travail — comme nous le savons tous — doivent tout d'abord être préventifs. Je veux être très précis parce que je veux cibler le stress lié au travail et les problèmes qui découlent du stress en milieu de travail.

L'un d'entre vous a parlé précédemment du lien étroit qui existe entre la santé des travailleurs et la santé de l'économie. Cette interconnexion est extrêmement importante pour la réussite et le développement de tout pays. Il faut être conscient des problèmes auxquels nous devons faire face dans le domaine de l'emploi.

Je voudrais savoir comment d'autres pays développés se sont attaqués à ces problèmes. Où se situe le Canada?

Certains témoins nous ont dit qu'on accusait un retard important dans d'autres domaines, autre que le stress lié au travail. Nous faisons face aux problèmes répandus du manque de professionnels et de para-professionnels. Existe-t-il un pays qui pourrait servir d'exemple en nous aidant à procéder de façon plus logique? Il n'y a pas si longtemps, on disait que la nouvelle ère technologique nous ferait gagner du temps, que nous aurions davantage de temps libre et que tout irait bien. Eh bien, tout le monde travaille plus parce qu'on est incapable de se séparer de son téléphone; on a des ordinateurs à la maison, ce qui veut dire qu'il n'y a jamais de coupure entre la vie professionnelle et la vie privée. Je ne sais pas comment les autres pays ont réagi, mais ça m'intéresse particulièrement.

Ce n'est pas facile, mais existe-t-il un exemple éclatant de progrès réalisés dans le domaine du stress lié au travail?



**Mr. Kelloway:** I do not know how shining they are. In 1990, the National Institute for Occupational Safety and Health in the United States did two things. First, they published their list of the 10 leading causes of workplace death. Stress was clearly identified as one of those 10; and they articulated the national strategy for the prevention of stress-related disorders in the workplace, upon which I drew heavily. That is where I came up with assessment, education and primary intervention — these are really their ideas.

The second major thing they did was partner with the American Psychological Association. The joint effort for that was actually the emergence of a new field known as occupational health psychology. They instituted graduate training to try to address the issue that we train in silos. If we are going to deal with work-related disorders, we need to cross those silos. They are trying to deal with that.

Very similar things have happened in the European Union — particularly in the U.K., but there are also very exciting things happening in Holland much along the same lines. This new field has been emerging and there is training in very concentrated research in this area.

In Canada, we have suffered from the lack of a unitary organizing body such as they have in the States. Those formal structures have not been put in place. Canadians are among the main contributors to this research literature. However, there is no formal training, for example, in occupational health psychology within Canada. If you wanted to make this a specialty, you could not. The best you could do is go to an institution such as St. Mary's, or Queen's, find people who do this work and work with them. However, you could not actually specialize in that discipline. In that sense we are very much behind.

**Mr. Savoie:** Occupational health research at large was not even mentioned in the Medical Research Council's, MRC, time. It was only mentioned when the Canadian Institutes for Health Research, CIHR, was created, amazingly. Second, there are two provinces that took the lead from the Workers' Compensation Board money: Quebec, with the Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, IRSST, and Ontario, with the Institute for Work and Health, IWH, that funded research in that area.

If you do research with a social partner, there are certain things that are harder to touch than others. Mental health in the workplace is conflictual, so very little was done on that issue. Although we may lag behind, I think the new CIHR structure is a great facilitator of this interlinkage, not only among health researchers but all those who are in the outside partners in

**M. Kelloway:** Je ne sais pas à quel point ils sont éclatants. En 1990, le National Institute for Occupational Safety and Health aux États-Unis a fait deux choses. Premièrement, il a publié une liste des 10 premières causes d'accidents mortels. Le stress y figurait de façon très évidente. L'Institute a également conçu une stratégie nationale de prévention des troubles liés au stress en milieu de travail, de laquelle je me suis fort inspiré. C'est de cette stratégie que j'ai tiré les principes d'évaluation, de sensibilisation et d'intervention précoce — ces idées sont en fait celles de cette institution.

Deuxièmement, un partenariat a été établi entre l'Institute et la American Psychological Association. De leurs efforts communs est né le nouveau domaine de la psychologie de la santé au travail. Des programmes de formation universitaire ont été créés pour remédier au problème de manque de contact entre les programmes d'enseignement. Si on nourrit véritablement l'espoir de traiter ces troubles liés au travail, il va falloir que des liens soient établis. L'association se penche là-dessus.

Une évolution très semblable a eu lieu dans l'Union européenne, en particulier au Royaume-Uni, mais il y a eu aussi des événements passionnants et très semblables en Hollande. Ce nouveau domaine est en pleine émergence et il se fait de la formation et de la recherche très pointue dans ce domaine.

Au Canada, nous avons souffert de l'absence d'une entité organisatrice unitaire comme il en existe aux États-Unis. Aucune structure formelle n'a été mise en place. Les Canadiens sont parmi les principaux contributeurs à la documentation dans ce domaine de recherche. Il n'y a toutefois aucune formation officielle, par exemple en psychologie du travail, au Canada. Si quelqu'un veut se spécialiser dans ce domaine, il ne le peut pas. Le mieux qu'il puisse faire, c'est d'aller dans un établissement comme St. Mary's ou Queen's, trouver des gens qui font des travaux dans ce domaine et travailler avec eux. Mais il est impossible de se spécialiser véritablement dans cette discipline. En ce sens, nous avons beaucoup de retard.

**M. Savoie:** La recherche sur la santé au travail, au sens large, n'était même pas mentionnée à l'époque du Conseil de recherche médicale, le CRM. Il en a été fait mention seulement au moment de la création des Instituts canadiens de recherche en santé, IRSC, ce qui est renversant. Deuxièmement, il y a deux provinces qui ont pris l'initiative en utilisant les fonds de la Commission des accidents du travail: le Québec, avec l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, l'IRSST, et l'Ontario, avec l'Institut de recherche sur le travail et la santé, l'IRTS, qui finance des travaux de recherche dans ce domaine.

Si l'on fait de la recherche avec un partenaire social, il y a certains éléments qui sont plus difficiles à aborder que d'autres. La santé mentale au travail est conflictuelle et il s'est donc fait très peu de travaux dans ce domaine. Nous avons peut-être du retard, mais je crois que la nouvelle structure des ICRS facilite énormément les associations croisées, non seulement entre les



research, but close by to help research. What was not feasible a few years ago suddenly becomes not only feasible but also very interesting.

As an example, there is currently a summer school for disability or handicap prevention about low back pain that involves all the provinces across Canada at one place. That would not have been possible before CIHR. This handicap prevention program deals with some mental health concerns also.

**Mr. Phillips:** If I use the presence of an EAP program as one proxy for a commitment to the mental health, Canada would track about 5 per cent or 10 per cent behind the United States in terms of the penetration of these programs into large workplaces.

Furthermore, generally speaking, employee assistance programs are a North American phenomenon. From that perspective, that particular aspect of employers investing in mental health, Canada would rank well relative to Europe and other places. As an employer, the Government of Canada and other public sector governments in Canada lag behind the United States in taking a leadership role. I say this carefully, because the Senate of Canada has a wonderful EAP program provided by Warren Shepell.

However, generally speaking, our programs are of a lower quality relative to the U.S. government, which has seen their 4 million-employee base as an opportunity to walk the talk, if you will. They also require suppliers to the U.S. government to have some form of EAP — particularly around addiction and drug issues. They have used their buying power and leverage in the market to promote high-quality programs.

In the United States, there is a presidential commission and someone who reports directly to the office of the president who deals with mental health and addiction issues. It was started by President Clinton and has been continued and enhanced by the current president. That office and function has responsibilities around organizing — both from an industry perspective and from a public sector perspective — mental health professionals and the delivery of mental health services in the workplace. That is a very specific commitment from the most senior levels of their government.

**Ms. Bregman:** We were talking about it on our way here because it is a complicated question to answer. In the U.K., for example, the government has set up a work life balance trust to actually spend a lot of time — they have employers and the government involved — to focus on this work life balance issue. Yet, in Europe and the U.K., there has been no disability discrimination legislation until the last couple of years. For the

chercheurs en santé, mais entre tous ceux qui sont des partenaires de l'extérieur, mais qui sont proches quand il s'agit d'aider à la recherche. Ce qui n'était pas faisable il y a quelques années est subitement devenu non seulement faisable, mais aussi très intéressant.

À titre d'exemple, il y a actuellement des cours d'été sur la prévention de l'invalidité ou des handicaps causés par les douleurs lombaires réunissant toutes les provinces du Canada en un seul endroit. Cela n'aurait pas été possible avant les ICRS. Ce programme de prévention des handicaps aborde aussi certaines questions de santé mentale.

**M. Phillips:** Si j'utilise la présence d'un programme d'aide au personnel comme témoin d'un engagement dans le domaine de la santé mentale, le Canada se situerait à environ 5 à 10 p. 100 derrière les États-Unis en matière de pénétration de ces programmes dans les lieux de travail comptant de nombreux employés.

En outre, de façon générale, les programmes d'aide au personnel sont un phénomène nord-américain. De ce point de vue, cet aspect précis de l'investissement des employeurs dans la santé mentale, le Canada se classe avantageusement par rapport à l'Europe et à d'autres endroits. En tant qu'employeur, le gouvernement du Canada et d'autres organismes du secteur public au Canada marquent du retard par rapport aux États-Unis pour ce qui est de prendre l'initiative dans ce domaine. Je dis cela en toute circonspection, car le Sénat du Canada a un merveilleux PAP dispensé par Warren Shepell.

Cependant, de façon générale, nos programmes sont d'une qualité inférieure à ceux du gouvernement américain, qui considère son effectif de 4 millions d'employés comme une occasion de prêcher par l'exemple, si vous voulez. Le gouvernement des États-Unis exige aussi que ses fournisseurs aient une forme quelconque de PAP, surtout en ce qui a trait aux drogues et à la toxicomanie. Il se sert donc de son pouvoir d'achat comme levier pour promouvoir des programmes de grande qualité.

Aux États-Unis, il y a une commission présidentielle et quelqu'un qui relève directement de la présidence s'occupe des dossiers de santé mentale et de toxicomanie. C'est le président Clinton qui a créé cet organisme et le président actuel l'a reconduit dans ses fonctions et renforcé. Ce bureau et cette fonction assument des responsabilités en matière d'organisation, dans les secteurs privé autant que public, des professionnels de la santé mentale et de la prestation des services de santé mentale en milieu de travail. C'est un engagement très précis de la part de l'instance gouvernementale suprême dans ce pays.

**Mme Bregman:** Nous en avons justement parlé en venant ici parce que c'est une question compliquée à laquelle il est difficile de répondre. Au Royaume-Uni, par exemple, le gouvernement a créé une organisation financée par une dotation et comptant des représentants des employeurs et du gouvernement, qui se penche sur toute cette question de l'équilibre entre la vie professionnelle et familiale. Pourtant, en Europe et au Royaume-Uni, il y a à

most part, mental illness is not recognized as a disability issue. The recognition in the workplace is quite different; you do not have the right to work if you have a disability.

I hear a lot about where you place this issue. Half the people — whether it is in Canada, the U.S., Australia or New Zealand — who are looking at this issue, will place it in occupational health and safety. That is true when you go into the corporate world as well: half the time we are dealing with the occupational health and safety department, other half with the equity people.

My question is how do we bring all these pieces together? I think, in certain areas, Canada is looked to as a leader. The National Quality Institute here has done some very good work on wellness in the workplace. In other areas, we lag behind. However, comparisons are very hard to do because of very different legal structures, health care structures and access to services.

The Workplace Safety and Insurance Board, WSIB in Ontario, has basically said that workplace stress is not a compensable illness unless it is very specific post-traumatic stress in very limited ways. We are sending a message that it is not something employers have to worry about. That is a concern. We can debate whether stress should be compensable and how you would discuss it, but when they removed compensable illness as a potential workplace problem, that does send a message that we do not need to care about it.

Even though I am a lawyer, and I used to litigate disability rights cases, the law really is not the way to solve it. Conflictual resolution is not the best way to go. However, laws do send a message. You need to look and see where policy and public support are. I think they are not there.

**Senator Robertson:** Usually there are measurements in various fields that you can look at to see how well you are doing. I do not know what the yardsticks would be here, but I suppose national productivity might be one. Perhaps we should compare our national productivity with other national productivities. I am just musing out loud here now.

Does a four-day workweek in France work? Has that increased productivity and reduced health problems for the country?

**Mr. Phillips:** It sounds good to me.

**Mr. Savoie:** I think they live longer, but maybe that is because of wine.

**The Chairman:** I have been working on that solution myself.

peine deux ou trois ans que l'on a légiféré pour interdire la discrimination contre les personnes handicapées. La plupart du temps, la maladie mentale n'est pas reconnue comme une invalidité. Sur les lieux de travail, la reconnaissance est très différente: les personnes handicapées n'ont pas le droit de travailler.

J'entends beaucoup parler de la question de savoir dans quelle catégorie on doit placer ce dossier. La moitié des gens qui se penchent sur la question, que ce soit au Canada, aux États-Unis, en Australie ou en Nouvelle-Zélande, considèrent que cela relève de la santé et de la sécurité au travail. C'est également vrai dans le milieu des grandes entreprises: la plupart du temps, nous traitons avec le service chargé de la santé et sécurité au travail, l'autre moitié du temps avec les responsables de l'équité.

Ma question est celle-ci: comment rassembler les diverses pièces du casse-tête? Je pense qu'à certains égards, le Canada est considéré comme un chef de file. L'Institut national de la qualité a fait du très bon travail sur le bien-être en milieu de travail. Dans d'autres domaines, nous avons du retard. Cependant, il est très difficile de faire des comparaisons, parce qu'il y a de grandes différences sur le plan du régime juridique, des structures de soins de santé et de l'accès aux services.

En Ontario, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, ou CSPAAT, a essentiellement décrété que le stress au travail n'est pas une maladie pouvant donner lieu à une indemnisation à moins qu'il s'agisse d'un stress post-traumatique très pointu et très circonscrit. Le message que nous envoyons est que les employeurs n'ont pas à s'en préoccuper. Voilà qui est préoccupant. On peut discuter de savoir si le stress devrait donner lieu à des indemnisations, mais quand on a retiré ce facteur de la liste des maladies professionnelles pouvant donner lieu à indemnisation, le message que l'on a envoyé est qu'il n'est pas nécessaire de s'en soucier.

Même si je suis avocate et même si j'ai déjà plaidé des causes faisant appel aux droits des handicapés, le droit n'est pas vraiment la solution au problème. Les litiges ne sont pas le meilleur moyen de procéder. Cependant, les lois transmettent un message. Vous devez chercher à voir où se situent les appuis à l'égard des politiques. Je pense qu'ils ne sont pas là.

**Le sénateur Robertson:** Habituellement, il y a dans divers domaines des mesures qui permettent d'évaluer le succès. J'ignore quels pourraient être les points de comparaison dans ce cas-ci, mais je suppose que la productivité nationale pourrait en être un. Peut-être devrions-nous comparer notre productivité nationale à celle d'autres pays. Je pense tout haut.

Est-ce que la semaine de travail de quatre jours fonctionne bien en France? A-t-elle accru la productivité et réduit l'ampleur des problèmes de santé dans ce pays?

**M. Phillips:** Cela me semble une bonne idée.

**M. Savoie:** Je pense qu'ils vivent plus longtemps, mais c'est peut-être à cause du vin.

**Le président:** Je suis moi-même un adepte de cette solution.



**Mr. Savoie:** I am not familiar with that. However, a public health specialist from the United States told me that France really has better hope of living healthy than we do. However, again, it could be wine; I do not know.

**Mr. Kelloway:** I do not know specifically about a four-day workweek. I do know that in the Scandinavian countries — and now more broadly spread through the European Union — there has been a greater focus on regulating the workweek. For example, in the Scandinavian countries, they have much more vacation time than we do, and tend to work a shorter workweek. I do not know the comparable productivity figures off the top of my head, but I have not heard any suggestion that their economy was in collapse lately. I do not think it has done them a great deal of damage.

**The Chairman:** Mr. Phillips, I want to come back on your comment that Canadian companies are second to the United States in terms of the amount of money they are putting into mental health. I want to be sure that number is not misleading. I do not know the answer so I am asking the question. To what extent are public mental health programs in European countries, for example, significantly better than ours? If they were, there would be no need for the employers in those countries to make that investment, in which case, while your statement would be factually true, it would also be misleading.

**Mr. Phillips:** To be clear, the penetration of employees with EAP is lower. I do not know the direct investment figures between Canada and the United States. My perception is that in some parts of Europe, they have a more integrated social welfare system that probably supports a number of the issues that contribute to mental illness. It is also an emerging field — for our company and others in Europe — which would suggest that there is a market for it.

**The Chairman:** One has to be a careful with international comparisons, because to the extent that the public infrastructure is better, the private sector does not need to do it?

**Mr. Phillips:** The Canada-U.S. comparison is interesting because, although there is difference in the principal delivery of health care, we have similar economies in terms of the nature of the workforce and other culture-related issues.

**Senator Léger:** Mr. Kelloway, may I ask you to repeat what you said about Freud in your first sentence?

**Mr. Kelloway:** Freud was asked — in German so this is the rough translation — what are the capabilities of a healthy individual and his response was “to work and to love.”

**Senator Léger:** I guess that is quite the base, the value of work.

**M. Savoie:** Je ne connais pas bien le dossier. Cependant, un spécialiste de la santé publique des États-Unis m'a dit que les Français ont de meilleures chances que nous de vivre en bonne santé. Évidemment, c'est peut-être le vin; je n'en sais trop rien.

**M. Kelloway:** Je ne connais pas précisément le dossier de la semaine de travail de quatre jours. Je sais que dans les pays scandinaves — et cela commence à se répandre dans l'ensemble de l'Union européenne —, on s'est attaché davantage à régler la semaine de travail. Par exemple, dans les pays scandinaves, ils ont des vacances beaucoup plus longues que nous, et leur semaine de travail est généralement plus courte. Je ne connais pas par cœur les chiffres comparatifs quant à la productivité, mais je n'ai pas entendu dire que leur économie était menacée d'effondrement dernièrement. Je ne pense pas que cela ait causé beaucoup de tort.

**Le président:** Monsieur Phillips, je veux revenir à votre commentaire, quand vous avez dit que les compagnies canadiennes se classent derrière celles des États-Unis quant aux montants d'argent qu'elles investissent dans la santé mentale. Je veux m'assurer que ce chiffre n'est pas trompeur. J'ignore la réponse et je pose donc la question. Dans quelle mesure les programmes publics de santé mentale dans les pays européens, par exemple, sont-ils sensiblement meilleurs que les nôtres? S'ils l'étaient, les employeurs de ces pays-là n'auraient pas besoin de faire un tel investissement, auquel cas, quoique votre énoncé serait factuellement vrai, il serait également trompeur.

**M. Phillips:** Pour être bien clair, le pourcentage d'employés touchés par les PAP est plus bas. Je ne connais pas les chiffres de l'investissement direct au Canada et aux États-Unis. J'ai l'impression que dans certains pays d'Europe, il existe un régime de sécurité sociale plus intégré permettant probablement d'intervenir dans un certain nombre de dossiers contribuant à la maladie mentale. Par ailleurs, c'est un nouveau domaine, pour notre compagnie et d'autres en Europe, et tout indique qu'il existe un marché à cet égard.

**Le président:** Il faut être prudent quand on fait des comparaisons internationales, parce que dans la mesure où l'infrastructure publique est meilleure, le secteur privé a moins besoin de s'en occuper.

**M. Phillips:** La comparaison entre le Canada et les États-Unis est intéressante parce que, même s'il y a une différence au niveau de la prestation concrète des soins de santé, nous avons des économies semblables quant à la nature de la population active et du point de vue culturel.

**Le sénateur Léger:** Monsieur Kelloway, pourrais-je vous demander de répéter ce que vous avez dit au sujet de Freud dans votre première phrase?

**M. Kelloway:** On a demandé à Freud — en allemand donc c'est une traduction approximative — quelles sont les capacités d'une personne en santé et il avait répondu «travailler et aimer».

**Le sénateur Léger:** Je suppose que c'est le fondement même, la valeur du travail.

*[Translation]*

There is a particular image that comes to my mind. I am thinking of the song by Félix Leclerc where he talks about how you can kill a man. He can be hanged, gassed or electrocuted. But the surest way to kill a man is to give him money to do nothing.

*[English]*

I think the value of work should be in between the lines.

There is much research being done on the mental health of the employees. Do we have an equivalent for the employers — that is, the managers and supervisors? I do not know if I will go to the CEOs because they are usually quite well set, mentally. Is there an equivalent amount of research being done at the same time, with the same degree of importance, for the supervisors and managers?

**Mr. Kelloway:** There is an established line of research on executive stress — and I hate to say stress now — but on the stresses experienced by those in management. One interesting line is when we put programs in place to deal with some of these disorders, they are almost always excluded at the managerial level. Therefore, if we put in place a program to help people deal with work family arrangements, whereby you can work part-time, or from home, or have flexible hours, managers are told — subtly or not so subtly — they can take advantage of that program but if they do their career is over. Even as we open things up and make things available to employees, we are often excluding the managers.

**Ms. Bregman:** Most of the studies do not differentiate between managers and line employees. I think that is an area where there is more research needed.

Your comment about the CEOs was interesting. We seeing an increase in the number of business leaders who are coming out and talking about their own mental illnesses — not only minor ones. This was lead, for example, by the Lieutenant Governor of Ontario, who has been very open about the fact that he has a mental illness, has been suicidal and continues to be on medication. Another example is the former CEO of CNN who was interview by Larry King about his illness.

It is true that bipolar disorder may prevent some people from getting to the top. However, there is some research that suggests that certain kinds of mental illnesses might actually help people move up. An example might be someone who is manic and works for 24 hours a day. We encourage certain of the traits that are related to certain mental illnesses. I worked at a Bay Street law firm where if you worked 24 hours a day that was a good thing. People survive. It is important to ensure that the programs cover everyone.

**Senator Léger:** Because there must be a relationship between the employee and the employer?

*[Français]*

J'aimerais citer une analogie qui m'a toujours frappée. Il s'agit d'une chanson de Félix Leclerc qui dit comment tuer un homme. On peut le pendre, on peut le gazer, on peut l'électrocuter. Mais la meilleur façon de tuer un homme est de lui donner de l'argent pour ne rien faire.

*[Traduction]*

Je pense que la valeur du travail se situe entre les lignes.

Il se fait beaucoup de recherche sur la santé mentale des employés. Avons-nous l'équivalent pour les employeurs, c'est-à-dire les gestionnaires et les superviseurs? J'ignore si j'irais jusqu'aux PDG, parce qu'ils sont habituellement d'une grande stabilité mentale. Est-ce qu'il se fait une quantité équivalente de recherche, parallèlement, avec le même degré d'importance, pour les superviseurs et les gestionnaires?

**M. Kelloway:** Il existe des travaux de recherche bien définis sur le stress des cadres — je déteste maintenant utiliser le mot stress, mais enfin disons les stress que ressentent les gestionnaires. Il est intéressant de constater que, quand on met en place des programmes pour traiter certains troubles de ce genre, les cadres sont presque toujours exclus. Par conséquent, si nous mettons en place un programme pour aider les gens à équilibrer leur vie professionnelle et familiale, permettant par exemple de travailler à temps partiel, ou de faire du télétravail, ou d'avoir un horaire flexible, les cadres se font dire, subtilement ou pas qu'ils peuvent profiter de ce programme mais s'ils le font, leur carrière est finie. Même si nous mettons des programmes à la disposition des employés, nous en excluons souvent les gestionnaires.

**Mme Bregman:** La plupart des études ne font pas la distinction entre les gestionnaires et les employés. Je pense que c'est un domaine où il faut approfondir la recherche.

Votre commentaire sur les PDG était intéressant. On voit de plus en plus de dirigeants d'entreprises parler publiquement de leurs troubles mentaux, et pas seulement des troubles mineurs. Le lieutenant gouverneur de l'Ontario a donné l'exemple quand il a parlé très franchement de sa maladie mentale; il a dit qu'il a eu des idées suicidaires et qu'il continue de prendre des médicaments. Un autre exemple et l'ancien PDG de CNN, qui a été interviewé par Larry King au sujet de sa maladie.

Il est vrai que le trouble bipolaire peut empêcher certaines personnes d'arriver au sommet. Cependant, certains travaux de recherche tendent à démontrer que certains types de maladies mentales peuvent en fait aider les gens à grimper les échelons. On pourrait donner l'exemple d'une personne qui, dans sa phase maniaque, travaille 24 heures par jour. Nous encourageons certains traits de personnalité qui sont associés à certaines maladies mentales. J'ai travaillé dans un cabinet d'avocats de la rue Bay où il était bien vu de travailler 24 heures sur 24. Les gens survivent. Il est important de veiller à ce que les programmes englobent tout le monde.

**Le sénateur Léger:** Parce qu'il doit y avoir un rapport entre l'employé et l'employeur?



**Ms. Bregman:** The Boston study to which I referred did look at senior level managers and CEOs and executives. There were 500, which is a fairly large study. These are all people who have been hospitalized for a mental illness. They talked about their ability to return to work. They indicated that it is easier for them to return to work because at that level, they have the respect of their colleagues. In addition, they have more control over their ability to work. Those are important components of accommodation.

**Senator Léger:** Every time I hear reports about work in industry or the research, the accent is put on productivity, not on health. We lose so many millions of dollars through absenteeism and so on. It is not necessarily the health message that I receive as an ordinary citizen. I receive the message that we are not producing enough and so the economy is going down. The accent is on that too often. When the industries do want to participate in helping, you do not hear the word health too often.

**Mr. Phillips:** We are in an interesting dilemma as an industry that provides mental health services, because many people will accept the services because they are good for their employees. They want them to be healthy, happy employees and they want to be a best-in-class employer. I guess I see it as dual pressures. There are altruistic employers who provide the service for good reasons. In every CEO, or every CFO as well, there is another part of their personality — which is the part they deal with 98 per cent of time and that is the people who demand that their quarterly or their annual results be good.

The correlation that is drawn, in the case of our work, between productivity in is to help with that other 98 per cent of the time. We believe there is clear a connection. It is not just demonstrated by the research and numbers used, but by common sense. It makes employers feel better about encouraging and promoting a healthy workplace.

The orientation you are talking about is simply the orientation of business. We find it in the public sector as well — there is more orientation around service delivery versus strictly the health of their employee.

**Senator Léger:** Sick leave did not exist in the past; therefore, we all lived up to 9 to 5. We raised families, tended the farm from five o'clock in the morning on took care of the animals or fished. There was no sick leave then.

Today there is all this stress and coping with events of the world around us as Senator Roche pointed out. That is something that we must look into. We should put emphasis on the situation of actual life day in our report. There was no sick leave before. Today, everyone uses it up.

There are other things in the same line. You see the word "multi-tasks." We are proud of that. People are killing themselves, working 24 hours a day — I am a victim of that. It

**Mme Bregman:** L'étude dont j'ai parlé et qui a été menée à Boston portait également sur les cadres supérieurs et les PDG. Il y en avait 500, ce qui est une étude d'assez grande ampleur. Ce sont tous des gens qui ont été hospitalisés pour soigner une maladie mentale. Ils ont discuté de leur capacité de retourner au travail. Ils ont dit que, pour eux, c'était plus facile de retourner au travail parce que, à ce niveau-là, ils ont le respect de leurs collègues. De plus, ils ont davantage de contrôle sur leur capacité de travailler. Ce sont des éléments importants de l'adaptation.

**Le sénateur Léger:** Chaque fois que j'entends parler de rapports sur le travail dans l'industrie ou de travaux de recherche, on met toujours l'accent sur la productivité, et non pas sur la santé. Nous perdons tant de millions de dollars à cause de l'absentéisme, et cetera. Le message que je perçois en tant que citoyenne ordinaire ne met pas nécessairement l'accent sur la santé. Le message qu'on m'envoie, c'est que nous ne produisons pas assez et que l'économie décline. On met trop souvent l'accent là-dessus. Quand les entreprises veulent participer et aider, on n'entend pas trop souvent prononcer le mot santé.

**M. Phillips:** Nous avons un dilemme intéressant, en tant qu'industrie qui dispense des services de santé mentale, parce que bien des gens acceptent ces services parce qu'ils sont bons pour leurs employés. Ils veulent que ceux-ci soient en bonne santé et heureux et ils veulent être au premier rang en tant qu'employeurs. Je discerne donc une double pression. Il y a des employeurs altruistes qui offrent ce service pour de bonnes raisons. Dans chaque PDG, et aussi dans chaque directeur financier, il y a un autre aspect de leur personnalité, lequel entre en jeu 98 p. 100 du temps, à savoir qu'ils sont confrontés à des gens qui exigent que leurs résultats trimestriels ou annuels soient bons.

La corrélation qui existe, dans le cas de notre travail, entre la productivité et... c'est pour aider à satisfaire cet aspect qui intervient 98 p. 100 du temps. Nous croyons qu'il y a un lien très net. Il n'est pas seulement démontré par la recherche et les statistiques, mais par le simple bon sens. Cela incite les employeurs à encourager et promouvoir la santé au travail.

L'orientation que vous évoquez est simplement l'orientation du monde des affaires. On peut faire le même constat dans le secteur public: on s'intéresse davantage à la prestation des services qu'à la santé des employés à strictement parler.

**Le sénateur Léger:** Les congés de maladie n'existaient pas dans le passé; par conséquent, nous vivions tous de neuf à cinq. Nous devions élever nos familles et nous occuper de la ferme à partir de cinq heures du matin, ou encore s'occuper des animaux ou aller à la pêche. Il n'y avait pas de congés de maladie à cette époque.

Aujourd'hui, il y a beaucoup de stress et nous sommes confrontés aux événements qui surviennent dans le monde entier, comme le sénateur Roche l'a fait remarquer. Il faut se pencher là-dessus. Nous devrions mettre l'accent, dans notre rapport, sur la vie quotidienne. Il n'y avait pas de congés de maladie auparavant. Aujourd'hui, tout le monde en a et les prend.

Il y a encore autre chose. On entend parler de la «polyvalence des employés». Nous en tirons fierté. Les gens se tuent au travail, ils travaillent 24 heures sur 24 — j'en suis moi-même victime.

is treated as a good thing. Then we are zapping all over the place; we jump from one thing to the other. That I think should come out in our report too. Is that not mental weaknesses — not to say mental disorders?

**Mr. Savoie:** I do not have the answer to that. However, I would like to make two points.

About 20 years ago, I met with the union representative and a human resources director from a hospital. Bluntly, I asked what happened with older nurses on the wards where it is particularly demanding and tough. The union said that they did not have any problems. The human resources director said that they had a perfect record of health and safety.

The next day I received two phone calls. The first was from one from the union representative who said they had no problems because the nurses had all gone somewhere else. They had found other jobs, but that is not something that people can do easily now. Organizations have all been cut to the bone.

In the second call, the director of personnel told me that although they had a very good health and safety record, the health insurance costs had tripled over the previous two years., we have a very good health and safety record. The only problem is that the normal health insurance has tripled over the past two years. That is the transfer from one bank to the other, so they have not solved anything. I think that what we could do before, you cannot do anymore.

I was invited to the Chamber of Commerce because employers had problems with Workers Compensation Boards; they were stressed by the injured workers' cases and could no longer handle the volume. I asked them if they thought it was their real problem.

In my early days, we used to take a week to write letters and wait another week for a response. Then the fax machine came along. You could have an answer in about one day, but you still had time because you had to retype your response. Now everything is on-line. Some people like it, but others do not. The work pace has increased and there are a lot more stressors in real life than we used to have. I am not sure the evolution of the human species has kept pace with technology. That is a reality. The bottom line is the impact on industry is important.

**Mr. Kelloway:** There has been much empirical research that makes exactly that point. It is not so much what we are doing or how much we are doing; a lot is how we feel about what we are doing. If one really loves his or her work and works long hours at it, that can be a very healthy thing.

C'est considéré comme une bonne chose. Et puis, nous nous éparpillons; nous passons constamment d'une tâche à l'autre. Je pense que cela devrait aussi figurer dans notre rapport. N'est-ce pas un reflet des faiblesses mentales, pour ne pas dire maladies mentales?

**M. Savoie:** Je n'ai pas de réponse à cela. Je voudrais toutefois faire deux observations.

Il y a environ 20 ans, j'ai rencontré le délégué syndical et le directeur des ressources humaines d'un hôpital. J'ai demandé brutalement quel était le sort des infirmières âgées qui travaillent sur les étages où la tâche est particulièrement lourde et exigeante. Le délégué syndical a dit qu'elles n'avaient pas de problèmes. Le directeur des ressources humaines a dit que leur bilan de santé et de sécurité était impeccable.

Le lendemain, j'ai reçu deux coups de téléphone. Le premier était du délégué syndical, qui a dit qu'il n'y avait pas de problèmes parce que les infirmières étaient toutes parties travailler ailleurs. Elles avaient trouvé d'autres emplois, mais ce n'est pas facile à faire de nos jours. Toutes les organisations ont été dégraissées jusqu'à l'os.

Lors du deuxième appel, le directeur du personnel m'a dit que même s'ils avaient d'excellents antécédents en matière de santé et de sécurité, les coûts de l'assurance-santé avaient triplé depuis deux ans. Le seul problème, c'est que les coûts de l'assurance-santé ordinaire ont triplé au cours des deux dernières années. On a donc transféré l'argent d'un endroit à l'autre, mais cela n'a rien résolu. Ce qu'on pouvait faire auparavant, on ne peut plus le faire.

J'ai été invité à la Chambre de commerce parce que des employeurs avaient des problèmes avec les Commissions d'indemnisation des accidentés du travail. Le nombre des dossiers de travailleurs blessés créait des pressions et ils ne pouvaient plus traiter un tel volume. Je leur ai demandé si c'était vraiment le problème à leur avis.

Quand j'étais plus jeune, il nous fallait généralement une semaine pour écrire les lettres et nous attendions une autre semaine avant d'obtenir la réponse. Puis, il y a eu les télécopieurs. Il était possible d'obtenir une réponse le lendemain, même s'il fallait encore prendre le temps de redactylographier la réponse. Maintenant, tout est en direct. Cela plaît à certains, à d'autres pas. Le rythme de travail a augmenté et il y a beaucoup plus de facteurs de stress dans la vie qu'il n'y en avait auparavant. Je ne suis pas certain que l'être humain ait évolué au même rythme que la technologie. C'est un fait. Le résultat, c'est que les répercussions sur l'industrie sont importantes.

**M. Kelloway:** De nombreuses recherches empiriques l'ont également démontré. Ce qui importe, ce n'est pas tant le travail que nous faisons ou quelle quantité nous en faisons, c'est plutôt le sentiment que nous avons par rapport à ce que nous faisons. Il n'est pas nécessairement malsain pour quelqu'un qui aime son travail de travailler durant de longues heures.



The people you really want to focus on, from a mental health perspective, are those who have to work two jobs to make ends meet and they hate both of them because they are such lousy work. That is where your mental health problems will emerge in the future. It is not how long you work, it is what you are doing.

**Senator Roche:** Mr. Savoie put his finger on it when he talked about the rapidity of instant communication adding to pressures of getting everything done. I do not know what we can do about that. However, it brings me to what I think has been a theme that I picked up here. The quality of the workplace is related to the subject of mental illness. Therefore, if you improve the quality of the workplace and you make a contribution to reducing mental illness.

Ms. Bregman said, in one of her last interventions, if we deal with employees on their stress, it opens the door to us to probe and get more empirical evidence on mental illness and so on. That seems to me to return us to where we were a little while ago, to the relationship of stress to mental illness.

I still have a concern that if we advocate a shortened workweek — a four-day workweek or something — to improve the quality of the workplace, we will divert attention and make a controversy over working conditions per se. That will take away the attention we want to focus on the clinical problems of mental illness that are so desperate and have, in my view, very little to do with the quality of the workplace as such.

I do not want to diminish the importance of the testimony that we have heard from the witnesses, Mr. Chairman. However, I leave here still a bit confused as to what degree improving the quality of the workplace will reduce mental illness.

**Mr. Savoie:** More than that has been said. It is not only improving the quality of the workplace. It is how to better foresee a case coming, how to better handle the cases, and how to better facilitate return to work. This is all within the mental illness process.

Second, we know that some work organization factors lead to problems and could be alleviated. However, you do not have to stop doing one thing to do the other. I understand your point that you would not want to could deviate the interests of the population in your report or make recommendations that are too broad in focus. However, I think there are places for both in this issue. Workplaces are asking seriously for help and that could be provided without putting a high burden on the costs of the health system. This is a different approach.

**The Chairman:** I want to thank you all for coming. I also want to give you a challenge as much as a request for help. It picks up exactly on the point that Senator Morin and Senator Roche have made.

Du point de vue de la santé mentale, ce qui devrait vous intéresser, c'est le cas des gens qui doivent occuper deux emplois pour joindre les deux bouts et qui les détestent tous les deux parce que ce sont des emplois moches. C'est dans ces cas qu'il pourrait y avoir plus tard des problèmes de santé mentale. Ce qui importe, ce n'est pas le nombre d'heures de travail, c'est le travail qu'on fait.

**Le sénateur Roche:** M. Savoie a vraiment tapé dans le mille lorsqu'il a dit que la rapidité des communications instantanées ajoute aux pressions du travail. Je ne sais pas comment on pourrait corriger cela. Toutefois, j'ai l'impression qu'il en ressort un thème. Il existe un lien entre la qualité du milieu de travail et la maladie mentale. Par conséquent, en améliorant la qualité du milieu de travail, on contribue à la réduction de la maladie mentale.

Dans l'une de ses dernières interventions, Mme Bregman a dit que si l'on étudie le stress des employés, cela permet de faire de nouvelles analyses et d'obtenir davantage de preuves empiriques au sujet de la maladie mentale, entre autres. J'ai l'impression que cela nous ramène un peu en arrière, à la relation entre le stress et la maladie mentale.

J'ai encore l'impression que si nous préconisons d'abrégier la semaine de travail — une semaine de quatre jours, par exemple — pour améliorer la qualité du milieu de travail, nous détournerons l'attention des conditions de travail elles-mêmes et nous créerons une controverse à ce sujet. Cela détournera l'attention que nous voulons accorder aux problèmes cliniques de la maladie mentale, des problèmes qui, à mon avis, sont si horribles et ont très peu à voir avec la qualité du lieu de travail.

Je ne veux pas minimiser l'importance des dépositions de nos témoins, monsieur le président. Je ne comprends toutefois pas vraiment comment on pourra réduire la maladie mentale en améliorant la qualité du milieu de travail.

**M. Savoie:** On a dit plus que cela. Il ne s'agit pas seulement d'améliorer la qualité du milieu de travail. Il faut voir comment on pourrait mieux prévoir les problèmes, comment on pourrait mieux les traiter et comment on pourrait faciliter le retour au travail de ces personnes. Tout cela fait partie du traitement de la maladie mentale.

Deuxièmement, nous savons qu'il y a des facteurs d'organisation du travail qui créent des problèmes et qui pourraient être atténués. Cependant, on ne peut pas arrêter de faire une chose pour en faire autre. Je comprends votre argument comme quoi vous ne voulez pas vous détourner des intérêts de la population dans votre rapport ou faire des recommandations trop vagues. Cependant, je pense que l'on pourrait accommoder les deux. Les milieux de travail demandent de l'aide qui pourrait leur être fournie sans augmenter les coûts du régime de santé. C'est une approche différente.

**Le président:** Je vous remercie tous d'être venus. Je veux aussi vous lancer un défi et vous demander votre aide. Je reviens exactement à l'argument du sénateur Morin et du sénateur Roche.

There is no question that we will want to deal with the mental illness system. It is also very clear that there are problems in the workplace; there are economic costs associated with attitudinal problems or mental problems, on the part of employees. We want to produce a report that is useful. Therefore, we want to what I call "ring-fence" very tightly the conditions that must exist for someone to be included in a program when they are in the workplace. Let me give you two good examples.

Our last report is having a significant effect in terms of implementation because we did not talk about pharmacare; we talked only about catastrophic drugs. We gave an exact definition of the point at which the cost of the drugs became catastrophic to the individual. Therefore, none of the governments were scared off by a massive pharmacare program — it was "ring-fenced."

Similarly, on home care, we talked only about post-acute patients — those leaving the hospital and going into home care. That was the only way you could get into our home care program. It made economic sense because it was cheaper to move them out of a \$1400 a day hospital bed into a home-care bed. Again, that program is starting to develop interest in a number of provinces and the federal government precisely because we ring-fenced it so it was not seen as an open-ended thing.

The danger I see — and it is not just me, you have seen it with our colleagues today — in not very specifically ring-fencing the work issue is that it will be seen as an open-ended program that would be absolutely uncontrollable. If governments think it is open-ended, rather than do something, they generally opt to do nothing.

We can deal with the mentally ill problem. Where we really need your help in creating very tight definitions on what could be included in a work-related program that would, at the very least, make a step in the direction you people would like to go. We are not going to do everything all at once. However, we want to take a step that would deal with the issue of opening up a Pandora's box that is absolutely not containable.

Frankly, from a public policy standpoint, if we really want to do something on mental illness, we would make a huge strategic error if we entered into support for a program that was not tightly ring-fenced and therefore tightly cost-controllable. If we have to take the option of doing nothing in that area, versus having an open-ended solution, we will have to choose to do nothing. I am giving you pragmatic policy advice here, and that is what you have seen coming from my colleagues.

What we need from people like you over the next few months is criteria by which we can define that program. How do we get it ring-fenced so that it makes sense to start moving on the issues you have all raised? We all recognize the issues, but we need

Il ne fait aucun doute que nous allons vouloir traiter du système des maladies mentales. Il est aussi évident qu'il y a des problèmes dans les milieux de travail. Il y a des coûts associés aux problèmes attitudinaux ou mentaux que doivent assumer les employés. Nous voulons présenter un rapport utile. C'est pourquoi nous cherchons à bien définir, ce que j'appelle «clôturer», les conditions nécessaires pour qu'une personne qui travaille soit admissible à un tel programme. Je vais vous donner deux bons exemples.

Notre dernier rapport est assez bien mis en vigueur car nous n'avons pas parlé de l'assurance-médicaments; nous n'avons parlé que des médicaments catastrophiques. Nous avons donné une définition exacte du moment où le coût d'un médicament devenait catastrophique pour le patient. Par conséquent, aucun des gouvernements n'a eu peur d'un programme d'assurance-médicaments important — car nous l'avons «clôturé».

De la même façon, au sujet des soins à domicile, nous n'avons fait que parler des patients qui viennent de quitter l'hôpital pour recevoir des soins à domicile. C'était la seule façon d'être admissible à nos programmes de soins à domicile. C'était logique, sur le plan économique, parce que les soins à domicile sont moins chers qu'une hospitalisation, puisqu'une journée dans un lit d'hôpital coûte 1 400 \$. Encore une fois, ce programme a intéressé plusieurs provinces ainsi que le gouvernement fédéral, justement parce qu'il était «clôturé», et qu'il n'était pas complètement ouvert.

Le danger que je vois — et ce n'est pas juste moi, nos collègues en ont parlé aujourd'hui — ce n'est pas exactement le fait qu'il faille clôturer cette question, mais c'est que ce programme sera perçu comme un programme ouvert qui sera complètement incontrôlable. Si les gouvernements ont l'impression qu'il s'agit de quelque chose d'ouvert, plutôt que de l'accepter, ils choisissent généralement de ne rien faire.

Nous pouvons traiter du problème de personnes atteintes de maladies mentales. Nous avons vraiment besoin de votre aide pour formuler des définitions strictes de ce qui pourrait faire partie des programmes liés au travail. Ce serait un pas dans la direction que vous voulez prendre. Nous n'allons pas tout faire d'un coup. Cependant, nous voulons prendre des mesures pour éviter d'ouvrir une boîte de Pandore que nous ne pourrions pas contrôler.

Honnêtement, d'un point de vue de la politique des pouvoirs publics, si nous voulons vraiment nous attaquer à la question des maladies mentales, ce serait une erreur stratégique énorme que d'appuyer un programme qui ne soit pas clairement clôturé et donc clairement contrôlable en ce qui a trait aux coûts. Si nous avons le choix entre ne rien faire plutôt que d'avoir une solution ouverte, nous serons obligés d'opter pour ne rien faire. Je vous donne un avis pragmatique ici, et c'est ce que vous ont dit mes collègues également.

Dans les prochains mois, ce qu'il nous faut, c'est que vous nous fournissiez des critères pour définir ce programme. Comment le clôturer pour qu'il devienne logique de s'attaquer aux questions que vous avez soulevées? Nous reconnaissons tous que ces







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Canadian Mental Health Association — Ontario Division:*

Ms. Patti Bregman, Director of Programs.

*From the CN Centre for Occupational Health and Safety:*

Mr. Kevin Kelloway, Director.

*From the Global Business and Economic, Roundtable on Addiction and Mental Health:*

Mr. Rod Phillips, President and Chief Executive Officer, Warren Shepell Consultants.

*From the Canadian Institutes of Health Research:*

Mr. Jean-Yves Savoie, President, Advisory Board, Institute of Population and Public Health.

#### TÉMOINS

*De l'Association canadienne de la santé mentale — Division de l'Ontario:*

Mme Patti Bregman, directrice des programmes.

*Du CN Centre for Occupational Health and Safety:*

M. Kevin Kelloway, directeur.

*De la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health:*

M. Rod Phillips, président et directeur général, Les Consultants Warren Shepell.

*Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

M. Jean-Yves Savoie, président, Conseil consultatif, Institut de santé publique et des populations.





Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, June 18, 2003

Issue No. 19

**First and last meeting on:**  
Bill S-7, An Act to protect  
heritage lighthouses

INCLUDING:  
THE ELEVENTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(Bill S-7)

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 18 juin 2003

Fascicule n° 19

**Première et dernière réunion concernant:**  
Le projet de loi S-7, Loi visant à protéger  
les phares patrimoniaux

Y COMPRIS:  
LE ONZIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Projet de loi S-7)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Léger
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter

*\*Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Léger
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p	Roche
Keon	Rossiter

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)



**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journal of the Senate* of Tuesday, February 25, 2003:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Forrestall, seconded by the Honourable Senator LeBreton, for the second reading of Bill S-7, An Act to protect heritage lighthouses.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted on division.

The Bill was the read the second time, on division.

The Honourable Senator Forrestall moved, seconded by the Honourable Senator Rossiter, that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

**ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 25 février 2003:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Forrestall, appuyée par l'honorable sénateur LeBreton, tendant à la deuxième lecture du projet de loi S-7, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée, avec dissidence.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois, avec dissidence.

L'honorable sénateur Forrestall propose, appuyé par l'honorable sénateur Rossiter, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du sénat,*

Paul Bélisle

*Clerk of the Senate*

## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 18, 2003  
(27)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, at 3:43 p.m. in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Senator Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Robertson, Roche and Rossiter (10).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament: David Johansen.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 25, 2003, the committee began its consideration of Bill S-7, An Act to protect heritage lighthouses.

### WITNESSES:

#### *From the Senate of Canada:*

The Honourable J. Michael Forrestall;

Mr. Joe Varner, Senior Advisor to Senator Forrestall;

The Honourable Pat Carney, P.C.;

Ms. Tracey Bellefontaine, Legislative Assistant to Senator Carney.

#### *From the Department of Canadian Heritage:*

Ms. Lyn Elliot-Sherwood, Acting Executive Director, Heritage.

Mr. Michel Audy, Executive Secretary, Historic Sites and Monuments Board of Canada.

#### *From the Department of Fisheries and Oceans:*

Mr. George Da Pont, Assistant Deputy Minister, Corporate Services.

Mr. Jacques Lorquet, Director, Navigator Systems, CCG.

#### *From the Vancouver Maritime Museum:*

James P. Delgado, Executive Director. (by videoconference).

#### *From the Maritime Museum of The Atlantic:*

Mr. Dan Conlin, Curator of Marine History (by videoconference).

#### *From the Nova Scotia Lighthouse Preservation Society:*

Mr. Barry MacDonald, President. (by videoconference).

The Honourable J. Michael Forrestall and the Honourable Pat Carney each made a presentation and answered questions.

Lyn Elliot-Sherwood, Michel Audy, George Da Pont each made a presentation.

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 18 juin 2003  
(27)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 43, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable sénateur Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Robertson, Roche et Rossiter (10).

*Également présent:* De la Division de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: David Johansen.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 25 février 2003, le comité entreprend son examen du projet de loi S-7, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux.

### TÉMOINS:

#### *Du Sénat du Canada:*

L'honorable J. Michael Forrestall;

M. Joe Varner, conseiller principal du sénateur Forrestall;

L'honorable Pat Carney, c.p.;

Mme Tracey Bellefontaine, adjointe législative du sénateur Carney.

#### *Du ministère du Patrimoine canadien:*

Mme Lyn Elliot-Sherwood, directrice exécutive par intérim, Patrimoine;

M. Michel Audy, secrétaire exécutif, Commission des lieux et monuments historiques du Canada.

#### *Du ministère des Pêches et des Océans:*

M. George Da Pont, sous-ministre adjoint, Services intégrés;

M. Jacques Lorquet, directeur, Systèmes de navigation maritime, CCG.

#### *Du Vancouver Maritime Museum:*

M. James P. Delgado, directeur exécutif (par vidéoconférence).

#### *Du Musée maritime de l'Atlantique:*

M. Dan Conlin, conservateur, histoire maritime (par vidéoconférence).

#### *De la Nova Scotia Lighthouse Preservation Society:*

M. Barry MacDonald, président (par vidéoconférence).

Les honorables sénateurs J. Michael Forrestall et Pat Carney font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

Lyn Elliot-Sherwood, Michel Audy et George Da Pont font chacun une déclaration.



The Honourable Senator Morin moved, that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology empower the Subcommittee on Agenda and Procedure to present a budget request to the Standing Senate Committee on Internal Economy, Budget and Administration and to the Senate up to the amount of \$10,000.00 on the proposed order of reference on public health, once the order is adopted by the Senate.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that a motion be presented to the Senate seeking permission to sit during the summer adjournment on September 16, 17, 18 if the Senate is not sitting.

James Delgado, Dan Conlin and Barry MacDonald each made a presentation.

It was agreed that the committee dispense with clause by clause consideration of Bill S-7, An Act to protect Heritage Lighthouse.

It was agreed that the Bill S-7, An Act to protect heritage lighthouse be reported to the Senate without amendments.

At 5:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:*

L'honorable sénateur Morin propose que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie autorise le Sous-comité du programme et de la procédure à présenter une demande de budget au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration et au Sénat pour un montant de 10 000 \$, conformément à l'ordre de renvoi proposé relativement à la santé publique, une fois que celui-ci aura été adopté par le Sénat.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu de présenter une motion au Sénat pour obtenir la permission de siéger durant la période d'ajournement de l'été, soit les 16, 17 et 18 septembre, si le Sénat ne siège pas à ces dates.

James Delgado, Dan Conlin et Barry MacDonald font chacun une déclaration.

Il est convenu que le comité saute l'étude article par article du projet de loi S-7, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux.

Il est convenu de faire rapport au Sénat du projet de loi S-7, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux, sans amendement.

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

**REPORT OF THE COMMITTEE**

Thursday, June 19, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

**ELEVENTH REPORT**

Your Committee, to which was referred Bill S-7, An Act to protect heritage lighthouses, has, in obedience to the Order of Reference of Tuesday, February 25, 2003, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

*La vice-présidente,*

**MARJORY LEBRETON**

*Deputy Chair*

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le jeudi 19 juin 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

**ONZIÈME RAPPORT**

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi S-7, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux, a, conformément à l'ordre de renvoi du mardi 25 février 2003, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,



**EVIDENCE**

OTTAWA, Wednesday, June 18, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-7, to protect heritage lighthouses, met this day at 3:43 p.m. to give consideration to the bill.

**Senator Michael Kirby (Chairman)** in the Chair.

[English]

**The Chairman:** Honourable senators, we are here to consider a private member's bill, Bill S-7, related to the preservation of historic lighthouses. We will have three sets of witnesses, beginning with the sponsor of the bill, Senator Forrestall. We will then hear from Senator Carney, followed by officials from the Department of Heritage and the Department of Fisheries and Oceans. Finally, we will hear from witnesses from the West Coast and the East Coast by videoconference.

**The Honourable J. Michael Forrestall:** It is a pleasure to appear before you for the second time with respect to heritage lighthouse protection.

Honourable senators, this is not a money issue. Steps must be taken to preserve and protect Canadian heritage for future generations, be it heritage properties, railway stations, lighthouses or, perhaps some day soon, our Western Canadian icons, grain elevators. These are monuments to the Canadian way of life. I ask all senators familiar with Nova Scotia and our beautiful tourist trails to imagine the Lighthouse Trail without a lighthouse or its outlying structures.

I am told that there was recently an article on heritage lighthouses in *Lufthansa* magazine. Imagine that article without a picture of Peggy's Cove lighthouse. Imagine no more Grand Manan, no more Gannet Rock. Imagine these places of great significance to Canadians without their lighthouse. If we forget about the West Point lighthouse in Prince Edward Island or Cape Spear in Newfoundland, what would become of our world?

Colleagues, as we sit idle, coastal communities throughout Canada, whether on our beautiful East Coast, along the scenic St. Lawrence, on the great Lake Winnipeg or on the majestic shores of our Pacific northwest, face the loss of these historic buildings. Lighthouses have been sources of salvation to sailors in littoral waters for hundreds of years, and they have served as the centres of coastal communities and coastal interaction.

Beautiful pictures of lighthouses from around the world adorn many a prominent wall because they are a symbol of man's conquest of the high seas and the oceans and, in the past, they captured the hearts and souls of people from around the world as they first caught side of land, or upon their return home. No question exists of their place in the human heart and of their

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mercredi 18 juin 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi S-7, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux, se réunit aujourd'hui à 15 h 43 pour étudier le projet de loi.

**Le sénateur Michael Kirby (président)** occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous sommes là pour étudier un projet de loi d'initiative parlementaire, le projet de loi S-7, qui porte sur la préservation des phares historiques. Nous allons accueillir trois groupes de témoins, à commencer par le parrain du projet de loi, le sénateur Forrestall. Nous allons entendre ensuite le sénateur Carney, puis les responsables du ministère du Patrimoine et du ministère des Pêches et des Océans. Enfin, nous allons écouter le témoignage de gens de la côte Ouest et de la côte Est, par vidéoconférence.

**L'honorable J. Michael Forrestall:** C'est avec plaisir que je prends aujourd'hui la parole pour vous entretenir une deuxième fois de la protection des phares patrimoniaux.

Honorables sénateurs, il ne s'agit pas d'une question d'argent. Il importe de prendre des mesures de protection du patrimoine canadien pour les générations futures, qu'il s'agisse de propriétés historiques, de gares ferroviaires historiques, de phares ou, peut-être un jour, de ces symboles de l'Ouest canadien que sont les élevateurs. Ce sont autant de témoignages du mode de vie des Canadiens. Je demande à tous les honorables sénateurs qui connaissent bien la Nouvelle-Écosse et les beaux sentiers touristiques que nous avons d'imaginer le sentier des phares sans phares ou structures adjacentes.

On me dit que le magazine *Lufthansa* a publié récemment un article sur les phares patrimoniaux. Imaginez que cet article ne comporte pas de photos du phare de Peggy's Cove. Imaginez qu'il n'y ait plus de Grand Manan, plus de Gannet Rock. Imaginez ces lieux d'une grande importance pour les Canadiens, mais sans leur phare. Si nous oublions le phare de West Point à l'Île-du-Prince-Édouard ou celui de Cape Spear à Terre-Neuve, que deviendra notre monde?

Chers collègues, chaque jour d'inaction qui passe, des localités côtières de tout le Canada — le long de notre splendide côte Est ou de notre Saint-Laurent aux beaux paysages, sur les rives du magnifique lac Winnipeg ou encore sur les côtes majestueuses de notre région du nord-ouest en bordure du Pacifique — risquent de perdre leurs bâtiments historiques. Les phares ont permis de sauver des marins dans les eaux du littoral pendant des centaines d'années; et ils ont été au centre de nos localités côtières et de nos interactions sur la côte.

De belles représentations des phares du monde entier ornent nombre de murs de lieux importants. Ils symbolisent la conquête de la haute mer et des océans par l'homme; par le passé, ils ont été la première image saisissante pour les voyageurs qui, des quatre coins de la planète, voyaient enfin la terre ferme ou arrivaient au bercail. Nul doute sur leur place dans le cœur humain, pas plus

simplistic beauty, set against the rugged dark seas. You need not be from the shores of the Atlantic, the Pacific, the Arctic, the Great Lakes or the rivers to be attracted to lighthouses.

The Lighthouse Preservation Society, based in Nova Scotia with representatives from across Canada, has done much work to examine the plight of Canada's lighthouses and has attempted to save them from destruction. Groups on the West Coast have also attempted to preserve this valuable part of Canadian maritime history.

Our colleague, a supporter of this bill, the Honourable Senator Carney, has worked tirelessly with lightkeepers on the West Coast to protect stations and keepers themselves. I cannot tell you how many times I have followed her up a spiralling staircase to dizzying heights to help her in this valuable cause. I do not want to do it any more.

This is a cause that brings credit to the Senate of Canada, a cause that lets isolated communities know that someone in Ottawa, someone in government, someone somewhere cares — indeed, government itself cares.

The last time we did an accurate count, just over 500 lighthouses were left in Canada. Only 19 have full heritage protection. Another 101 have partial protection and recognition as heritage sites. The rest will sit in no man's land. What does the protection of heritage status mean in real terms?

I bring your attention back to Bill C-62, the Heritage Railway Stations Protection Act of 1988, upon which, in large measure, this bill is modelled. Why, if heritage sites are so special, was another act required to protect our heritage railway stations which are found in most Canadian communities? The answer, sadly, is that even with heritage designation, these historic railway stations, some dating to Confederation, could be sold, transferred, altered or destroyed with little recourse to the public. The Heritage Railway Stations Protection Act set up a process of public consultations prior to any action being taken with regard to these valuable heritage sites and, indeed, imposes stiff penalties in the event of precipitous action that damages a historic railway station.

Our research determined that Canada's 19 heritage lighthouses and 101 partially recognized sites are in the same vulnerable position as Canada's historic train stations were prior to the passage of Bill C-62.

The very purpose of Bill S-7 is to protect heritage lighthouses. Clause 3 states:

The purpose of this Act is to preserve and protect heritage lighthouses by

(a) providing for the selection and designation of heritage lighthouses;

que sur leur austère beauté, dressée contre une mer rude et sombre. On n'a pas à être originaire des côtes de l'Atlantique ou du Pacifique, ni des Grands Lacs ou des grands fleuves pour être séduit par les phares.

La Lighthouse Preservation Society, qui est installée en Nouvelle-Écosse, mais qui compte des représentants de tout le Canada, a beaucoup étudié le sort des phares du Canada, et elle a tenté de les préserver de la destruction. D'autres groupes sur la côte Ouest se sont aussi efforcés de préserver cet élément précieux de l'histoire maritime du Canada.

Notre collègue, qui appuie le projet de loi, l'honorable sénateur Carney, a travaillé sans relâche avec les gardiens de phares sur la côte Ouest pour protéger les stations et les gardiens eux-mêmes. Je ne peux vous dire combien de fois j'ai suivi le sénateur Carney dans un escalier en colimaçon qui donnait le vertige, pour l'aider dans son humble cause. C'est une chose que je ne veux plus faire.

C'est une cause qui fait honneur au Sénat du Canada, une cause qui permet aux collectivités côtières isolées de savoir que quelqu'un à Ottawa, quelqu'un au gouvernement, quelqu'un quelque part se préoccupe de leur sort — que le gouvernement lui-même s'en préoccupe.

Au dernier décompte exact, il y avait un peu plus de 500 phares au Canada. Or, seulement 19 sont protégés en tant que phares patrimoniaux, alors que 101 sont reconnus partiellement comme des sites patrimoniaux et reconnus comme tels. Les autres ont une situation qui demeure indéfinie. Qu'est-ce que la protection du patrimoine en termes réels?

Je vous demande de vous rappeler le projet de loi C-62, Loi de 1988 sur la protection des gares ferroviaires patrimoniales — sur lequel ce projet de loi est basé dans une grande mesure. Si les sites patrimoniaux sont si spéciaux, pourquoi a-t-il fallu légiférer pour protéger les gares ferroviaires patrimoniales que nous retrouvons dans la plupart de nos collectivités? La réponse, malheureusement, est que, même si elles étaient désignées comme patrimoniales, ces gares ferroviaires historiques — qui remontaient dans certains cas à la Confédération — pouvaient être vendues, transférées, modifiées ou détruites sans que la population ait grand recours. La Loi sur la protection des gares ferroviaires patrimoniales a permis d'établir un processus de consultations publiques avant que des mesures ne puissent être prises au sujet de ces sites patrimoniaux importants; de fait, elle prévoyait des sanctions sévères pour tous ceux qui prenaient des mesures précipitées pouvant en quoi que ce soit endommager une gare ferroviaire patrimoniale.

Notre recherche révèle que les 19 phares patrimoniaux du Canada et les 101 phares partiellement reconnus se trouvent dans la même situation vulnérable que les gares ferroviaires historiques du Canada avant l'adoption du projet de loi C-62.

Le projet de loi C-7 a pour raison d'être la protection des phares patrimoniaux. L'article 3 se lit comme suit:

La présente loi a pour objet d'assurer la conservation et la protection des phares patrimoniaux:

a) en prévoyant un processus de sélection et de désignation des phares patrimoniaux;



(b) preventing the unauthorized alteration or disposition of heritage lighthouses; and

(c) requiring that heritage lighthouses be reasonably maintained.

Honourable senators, just as we would want our neighbours to maintain their homes, so, too, would they want us to do the same.

The bill defines "heritage lighthouse" as "a lighthouse designated as a heritage lighthouse under section 6, and includes any related site or structure that is included in the designation."

The definition of the word, "alter" is, "includes to restore or renovate, but does not include to perform routine maintenance and repairs."

In the bill we also find this definition, "Board" means the Historic Sites and Monuments Board of Canada." The minister responsible for this act, we trust, will be the Minister of Canadian Heritage.

Clause 4 states:

This Act applies to all lighthouses within the legislative authority of the Parliament of Canada.

Clauses 6 through 10 of Bill S-7 are to enable the Governor in Council, on the recommendation of the Minister of Canadian Heritage, to designate lighthouses and their related properties as heritage lighthouses and to set out a process for their designation as heritage structures.

Clauses 11 through 16 protect heritage lighthouses, and I draw your attention to clause 11(1) in particular which states:

No person shall remove, alter, destroy, sell, assign, transfer or otherwise dispose of a heritage lighthouse or any part of it, unless authorization to do so has been given by the Minister under this Act.

Clauses 11 through 16 also lay out a process for public consultations with regard to the disposition of heritage lighthouses. I would stress the vital importance of public participation.

Clause 17 simply requires that the owner of a heritage lighthouse, as I suggested a moment or two ago, maintain it in a condition in keeping with its heritage character. This is nothing more than municipalities require of homeowners. Who wants an eyesore next door? Heritage properties must be maintained.

Clause 18 empowers the Governor in Council to make regulations, and clause 18 simply amends the Department of Canadian Heritage Act giving the minister jurisdiction over heritage lighthouses in Canada.

b) en empêchant leur modification ou leur aliénation non autorisée;

c) en exigeant leur entretien dans une mesure raisonnable.

Honorables sénateurs, tout comme nous souhaiterions que nos voisins entretiennent leur maison, ils souhaiteraient eux aussi que nous fassions de même.

Le projet de loi définit le «phare patrimonial» comme suit: «phare — ainsi que tout site ou structure connexe — désigné comme phare patrimonial aux termes de l'article 6».

Le terme «modifier» est défini comme suit: «s'entend notamment du fait de restaurer ou de rénover, mais non d'effectuer l'entretien courant et les réparations».

Le projet de loi comporte également la définition suivante: ««Commission» La Commission des lieux et monuments historiques du Canada». Le ministre responsable de la loi, croyons-nous, sera le ministre du Patrimoine canadien.

L'article 4 énonce ce qui suit:

La présente loi s'applique aux phares relevant de l'autorité législative du Parlement du Canada.

Les articles 6 à 10 du projet de loi S-7 autorisent le gouverneur en conseil à désigner, sur recommandation du ministre du Patrimoine canadien, des phares et des propriétés connexes comme phares patrimoniaux et à lancer le processus de leur désignation comme phares patrimoniaux.

Les articles 11 à 16 prévoient un processus de consultation publique sur l'aliénation des phares patrimoniaux. J'attire votre attention sur le paragraphe 11(1), en particulier, qui se lit comme suit:

Nul ne peut enlever, modifier, démolir ou aliéner — notamment par vente ou cession — tout ou partie d'un phare patrimonial, à moins d'y avoir été autorisé par le ministre aux termes de la présente loi.

Les articles 11 à 16 prévoient un processus de consultation publique sur l'aliénation des phares patrimoniaux. Je veux souligner ici l'importance capitale de la participation du public à cette démarche.

L'article 17 exige simplement que le propriétaire d'un phare patrimonial, comme j'ai pu le laisser entendre il y a quelques instants, l'entretiennent de façon à respecter son caractère patrimonial. Ce n'est rien de plus que ce que les municipalités exigent de la part des propriétaires de maison. Qui veut avoir une horreur chez le voisin? Les propriétés patrimoniales doivent être entretenues.

L'article 18 autorise le gouverneur en conseil à établir un règlement, et l'article 18 modifie simplement la Loi sur le ministère du Patrimoine canadien de telle sorte que les phares patrimoniaux au Canada relèvent de la compétence du ministre.

In the end, this bill will enhance the powers of the Minister of Canadian Heritage and will allow for the designation, preservation, public consultation and general upkeep of Canada's heritage lighthouses.

Honourable senators, together with Senator Carney, I ask for your support in this measure.

May I invite Senator Carney to assist me in my opening remarks?

**The Chairman:** Absolutely. Thank you very much for that description of the bill.

**The Honourable Pat Carney:** I would also like to congratulate Senator Forrestall. He may have followed me up the stairs of those lighthouses, but he took the lead in this initiative to preserve our heritage lighthouses, and that should be acknowledged.

As he has pointed out, this bill is a modest bill, and it is designed to provide a means of designating heritage lighthouses, including public consultation where it is deemed useful, and a requirement that they be reasonably maintained. It does not apply to all lighthouses. I would emphasize that we are not asking for all lighthouses to be designated as heritage lighthouses, and not all would be automatically involved in public consultation. The bill provides for petitions, for requests that a specified lighthouse be designated as a heritage lighthouse, within a time frame, for the minister to consider.

Currently, there is no effective way of stopping the disposition or alternation of our lighthouses, which are so important to our maritime history. Of the 500 lighthouses in Canada, the Department of Fisheries and Oceans has indicated that about 200, over time, may be surplus to its operational requirements. There is no mandate for the Coast Guard to dispose of lighthouses. In the past, lighthouses were burned down, lighthouses were blown up, and lighthouses were sledge-hammered, because it is not in the public interest to leave buildings of any kind, heritage or not, neglected and vulnerable to vandalism.

Passage of this bill is necessary because the present legislation has protected only 3 per cent of lighthouses, only 3 per cent nationally have been classified as heritage, which means that permission must be sought to change their designation, and those are limited only to federally owned buildings. This bill would apply to privately owned as well as publicly owned buildings.

In British Columbia, where we have 52 lighthouses, only two are classified as heritage and only seven have even partial protection. Partial protection means they can be declared a heritage building but, in fact, there is no mechanism to preserve them. Don Graham, who is a Point Atkinson lighthouse keeper, since retired, asked us why a lighthouse that has been designated

En fin de compte, ce projet de loi rehaussera les pouvoirs du ministre du Patrimoine canadien et autorisera la désignation, la conservation et l'entretien général des phares patrimoniaux du Canada, de même que des consultations publiques sur ce sujet.

Honorables sénateurs, accompagné du sénateur Carney, je vous demande d'appuyer cette mesure.

Puis-je inviter le sénateur Carney à compléter ma déclaration préliminaire?

**Le président:** Tout à fait. Merci beaucoup de fournir cette description du projet de loi.

**L'honorable Pat Carney:** Je tiens à féliciter moi aussi le sénateur Forrestall. Il s'est peut-être trouvé derrière moi dans l'escalier de ces phares, mais c'est lui qui a mené l'affaire quand est venu le temps de protéger nos phares patrimoniaux, et il faut le reconnaître.

Comme le sénateur l'a souligné, il s'agit d'un projet de loi modeste, conçu pour nous donner un moyen de désigner des phares comme patrimoniaux, en prévoyant notamment une consultation publique là où cela est jugé utile, et de contraindre les propriétaires à entretenir les phares dans une mesure raisonnable. Le projet de loi ne s'applique pas à tous les phares. Je tiens à le souligner: nous ne demandons pas que tous les phares soient désignés comme phares patrimoniaux; de même, la consultation publique ne serait pas systématique. Le projet de loi prévoit un recours à des pétitions, où les gens pourront demander qu'un phare particulier soit désigné comme phare patrimonial, dans un délai donné, pour que le ministre puisse envisager la chose.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune façon efficace de faire cesser l'aliénation ou la cession de l'un de nos phares, qui ont une telle importance dans notre histoire maritime. Des 500 phares qui se trouvent au Canada, le ministère de Pêches et des Océans a déterminé que quelque 200, au fil du temps, pourraient se révéler excédentaires du point de vue de ses exigences opérationnelles. La Garde côtière n'a pas le mandat voulu pour s'occuper de l'aliénation des phares. Dans le passé, on a utilisé le feu, les explosifs, des masses même pour démolir les phares: il n'est pas dans l'intérêt public de laisser debout des bâtiments, qu'ils soient de nature patrimoniale ou non, qui sont négligés et qui se prêtent au vandalisme.

L'adoption de ce projet de loi s'impose, car la loi actuelle ne sert à protéger que 3 p. 100 des phares, 3 p. 100 seulement des phares à l'échelle nationale sont désignés comme étant éléments du patrimoine, ce qui veut dire qu'il faut obtenir la permission pour en modifier la désignation, et cela s'applique seulement aux bâtiments appartenant au gouvernement fédéral. Ce projet de loi s'appliquerait aux bâtiments appartenant à des intérêts privés aussi bien qu'au secteur public.

En Colombie-Britannique, là où nous avons 52 phares, deux seulement sont classés comme biens du patrimoine, et sept d'entre eux seulement jouissent d'une protection partielle. Par protection partielle, il faut entendre que le phare est déclaré édifice du patrimoine, mais, dans les faits, il n'existe aucun mécanisme pour le conserver. Don Graham, gardien du fort de Point Atkinson,



both a national historic site and a federal heritage building, the designation does not carry more weight? It is because there is no process to involve public consultation and maintain these lighthouses.

I took this bill to Terry Weber of the Coast Guard. He is the Superintendent of the Marine Navigation Services on the B.C. coast. He is responsible for the lighthouses that are still operating on the West Coast, as well as the ones that have been de-staffed. He has told me that passage of this bill would make it easier for the Coast Guard to deal with the lighthouses, operational and non-operational, because the Coast Guard, as I say, has no mandate to dispose of them. In cases where the Coast Guard has tried, valiantly, to ensure that they pass to local groups, it has been costly and inefficient. They have used an ad hoc method of doing it.

All of these lighthouses are still equipped with automatic lights. However, there were cases where community groups wanted to use the facilities that were surplus to the Coast Guard requirements.

Lester B. Pearson College wanted to use Race Rocks lighthouse as a scientific site, but the Coast Guard had trouble devolving that opportunity to the college. On my island of Saturna, our volunteer fire department uses the lighthouse, and there is a volunteer lighthouse keeper, but the process of getting leases was very difficult. In other instances, difficulties arise that involve environmental protection issues. Many lighthouses use mercury in the operation of the lights. In fact, in my research for this bill, I learned that the lighthouse at Langara still uses mercury to rotate the heavy glass structure that magnifies the beacon of the lighthouse.

With the passage of this bill, the Coast Guard would benefit. Their task would be made easier.

Senator Callbeck asked if the existing legislation is suitable and adequate. Our research shows that, no, it is not. We propose a much cleaner operational way of dealing with lighthouses. The proposed provisions in this bill are similar to those found in the act that protects canals, railway stations and others, and the cost is estimated at roughly \$2 million or \$3 million per year. That is probably less than the cost of demolishing, sledge hammering, burning or otherwise disposing of lighthouses.

Honourable senators, amazingly, eight of ten Canadian provinces have lighthouses. Only Alberta and Saskatchewan do not have lighthouses. Therefore, this initiative will impact on all Canadians who live near or sail on freshwater lakes or the oceans on our coasts. Passage of this bill will have a national impact.

We are now ready to answer any of your questions. We have witnesses from both coasts.

maintenant à la retraite, nous a demandé pourquoi, dans le cas d'un phare qui est désigné à la fois lieu historique national et édifice fédéral du patrimoine, la désignation n'a pas plus de valeur? C'est qu'il n'y a aucune démarche prévue pour consulter le public et entretenir ces phares.

J'ai montré le projet de loi à Terry Weber, de la Garde côtière. Il est surintendant des Services à la navigation maritime pour la côte ouest en Colombie-Britannique. Il est responsable des phares toujours en état de fonctionner sur la côte Ouest aussi bien que de ceux qui ont été mis hors service. Il m'a dit que l'adoption du projet de loi faciliterait la tâche de la Garde côtière en ce qui concerne les phares, qu'ils soient en service ou non, car la Garde côtière, comme je le dis, n'est pas actuellement mandatée pour en déterminer le sort. Dans les cas où, vaillamment, la Garde côtière a essayé de s'assurer que le phare se trouve entre les mains de groupes locaux, la démarche s'est révélée coûteuse et inefficace. Elle a essayé de régler le problème au cas par cas.

Tous ces phares sont encore dotés de feux à commande automatisée. Par contre, il y a eu des cas où les groupes communautaires souhaitaient utiliser les installations excédentaires de la Garde côtière.

Le Collège Lester B. Pearson voulait faire du phare de Race Rocks un lieu d'intérêt scientifique, mais la Garde côtière a eu de la difficulté à lui céder le phare. Dans mon île de Saturna, les pompiers volontaires utilisent le phare, et il y a un gardien de phare bénévole, mais il lui a été très difficile de s'occuper des baux. Dans d'autres cas encore, la question de l'environnement est à l'origine de difficultés particulières. Dans nombre de phares, on employait du mercure pour faire fonctionner le feu. De fait, en faisant des recherches concernant ce projet de loi, j'ai appris que, au phare de Langara, on emploie encore du mercure pour faire tourner la grosse structure de verre qui sert à grossir le feu.

La Garde côtière profiterait de l'adoption de ce projet de loi. Sa tâche serait simplifiée.

Le sénateur Callbeck a demandé si la loi existante est convenable et adéquate. Nos recherches laissent voir que, non, elle ne l'est pas. Nous proposons une façon beaucoup plus simple, sur le plan opérationnel, de s'occuper des phares. Les dispositions proposées dans le texte de loi s'apparentent à celles qui se trouvent dans la loi qui protège les canaux, les gares ferroviaires et autres structures, et le coût prévu est de l'ordre de deux ou trois millions de dollars par année. C'est probablement inférieur au coût que supposerait la démolition des phares, que ce soit à coup de masse ou par le feu, ou les autres formes d'aliénation.

Honorables sénateurs, il est très étonnant de le savoir, huit des dix provinces canadiennes ont des phares. Seule l'Alberta et la Saskatchewan n'en ont pas. Par conséquent, l'initiative dont il est question aura une incidence sur tous les Canadiens qui vivent près des lacs d'eau douce ou des océans sur nos côtes, ou qui y naviguent. L'adoption de ce projet de loi aurait un impact national.

Nous sommes maintenant prêts à répondre à toutes vos questions. Nous avons des témoins des deux côtes.

I particularly want to thank the members of the historical association of West Vancouver who spent seven years trying to have the Point Atkinson lighthouse designated as a heritage property so that they could assist in the maintenance of it. Under the existing process, they have failed to achieve that goal.

**Senator Forrestall:** Mr. Chairman, might I introduce Mr. Joe Varner and Ms. Tracy Bellefontaine, who assisted Senator Carney and myself in the preparation of our first and our second rounds.

**Senator Cordy:** Thank you for such a clear description of the purpose of this bill.

Being from Nova Scotia, I certainly know that Senator Forrestall has been working on the preservation of lighthouses for a very long time. In fact, I would be bold enough to say that he was doing it before his appointment to the Senate. He served as my MP for many years.

Senator Carney spoke about some lighthouses being private and some being public. How does one buy a lighthouse? How does a lighthouse become private property? Were those built by individuals?

**Senator Carney:** Under the Canadian Constitution, lighthouses are a federal responsibility. Under Treasury Board guidelines, if a lighthouse becomes surplus to the government, as a priority, it can be offered to other federal institutions. For instance, Senator Rompkey's favourite lighthouse is in the Strait of Belle Isle and is operated by Parks Canada. Parks Canada, in that case, took on the responsibility. However, Parks Canada is not in a position to take on all heritage lighthouses.

On occasion, lighthouses have been disposed of to the private sector. However, no process has been put in place to ensure that they are properly maintained or to ensure that, say, McDonalds does not operate one. Perhaps Senator Forrestall can explain why that is so. There is no obligation to have public consultation, and there is no process in place to maintain them. As well, there is no protection against them being altered or sold.

**Senator Cordy:** Have they been sold as surplus?

**Senator Carney:** Yes. There are none that I am aware of on my coast but, on the East Coast, some have been sold as surplus.

**The Chairman:** As an anecdotal piece of evidence, a small lighthouse used to operate in Cherry Hill, Lunenburg County. I had a place there for decades. Ultimately, because people stopped fishing, that lighthouse was abandoned. The individual with the property next to the lighthouse bought the lighthouse. By the way, he maintains it because it is a beautiful landmark. There is an example of a lighthouse that is privately owned now that was not privately owned when Cherry Hill was an active fishing community.

Je tiens particulièrement à remercier les membres de l'association historique de Vancouver-Ouest, qui ont travaillé pendant sept ans pour que le phare de Point Atkinson ait la désignation de bien du patrimoine, afin de pouvoir aider à en faire l'entretien. Les choses étant ce qu'elles sont en ce moment, ils n'ont pu y arriver.

**Le sénateur Forrestall:** Monsieur le président, puis-je vous présenter M. Joe Varner et Mme Tracy Bellefontaine, qui ont aidé le sénateur Carney et moi-même à préparer nos deux volets.

**Le sénateur Cordy:** Merci de nous avoir donné une description si claire de l'objet du projet de loi.

Étant originaire de la Nouvelle-Écosse, je suis certes au courant du fait que le sénateur Forrestall travaille depuis très longtemps à la protection des phares. De fait, j'oserais dire qu'il embrassait cette cause avant même d'être nommé au Sénat. Il a été mon député pendant de nombreuses années.

Le sénateur Carney a parlé du fait que certains phares sont privés et que certains sont publics. Comment fait-on pour acheter un phare? Comment un phare devient-il propriété privée? Est-ce que ce sont des phares qui ont été construits par des particuliers?

**Le sénateur Carney:** Selon la Constitution du Canada, les phares relèvent de la compétence fédérale. Selon les lignes directrices du Conseil du Trésor, si un phare devient excédentaire du point de vue des opérations du gouvernement, de façon prioritaire, il peut être offert à d'autres établissements fédéraux. Par exemple, le phare préféré du sénateur Rompkey se trouve dans le détroit de Belle Isle et est l'affaire de Parcs Canada. Parcs Canada, dans ce cas particulier, a assumé la responsabilité du phare. Par contre, Parcs Canada n'est pas capable de prendre en charge tous les phares patrimoniaux.

À l'occasion, des phares ont été cédés au secteur privé. Par contre, il n'existe aucune démarche qui permet de s'assurer que les phares en question sont entretenus convenablement ou de s'assurer que, disons, McDonald's ne s'y installe pas. Peut-être que le sénateur Forrestall pourrait nous en donner la raison. Il n'y a pas d'obligation de consultation publique, et il n'y a pas de démarche en place pour l'entretien des phares. De même, il n'y a pas de protection contre la modification ou la vente des phares.

**Le sénateur Cordy:** Est-ce qu'on a vendu des phares jugés excédentaires?

**Le sénateur Carney:** Oui. Il n'y en a pas eu dont je serais au courant sur ma côte à moi, mais, sur la côte Est, certains phares jugés excédentaires ont été vendus.

**Le président:** À titre de renseignement, il y a déjà eu un petit phare à Cherry Hill, dans le comté de Lunenburg. J'ai eu une maison là pendant des décennies. En fin de compte, comme les gens ont cessé de pêcher, le phare a été abandonné. Le type qui avait la propriété à côté a fini par acheter le phare. Soit dit en passant, il l'entretient parce qu'il s'agit d'un beau monument. C'est là l'exemple d'un phare qui appartient maintenant à des intérêts privés, mais qui n'appartenait pas à des intérêts privés à l'époque où Cherry Hill constituait une localité active du point de vue de la pêche.



**Senator Carney:** There was no process for public consultation and no restrictions on that owner to maintain it.

**The Chairman:** He has maintained it because he wants to do it, not because he has to maintain it.

**Senator Cordy:** You also said that, fortunately, there are still 500 lighthouses and that not all of them would be designated heritage lighthouses. Why would some of them not be designated as heritage lighthouses? Is it because of age or design? If they were built a long time ago, they should all be heritage lighthouses.

**Senator Carney:** That is an interesting point. The history of our coasts is quite different. In British Columbia, a lot of people had to die before a lighthouse was built. Many are built in areas where there is no road access. The Maritimes have a different settlement pattern and lighthouses were built for different reasons.

Many in British Columbia should be heritage but the fact is, of the 50-odd lighthouses, only two are classified as such. That is because of very limited architectural criteria. The criteria for classifying a lighthouse heritage at the moment, so that they cannot be altered without permission, deals with the age of the lighthouse and the construction. They must be architecturally amazing or pioneering.

For the seven others that are recognized as heritage, as Mr. Graham says, they could crumble to the ground and nobody would do anything. Recognizing them as a national or heritage site does not mean anyone will take on the responsibility for maintaining them. The Coast Guard does not have such a mandate. They are the operators. There is a gap in the system. We hope to fill that gap with the passage of this bill, which has been modeled on successful legislation for the protection of our railway stations and other structures.

**Senator Cordy:** If a community had a lighthouse and they wanted it to be designated as a heritage lighthouse, if this bill were to be passed, what steps would they go through to have it declared a heritage lighthouse?

**Senator Forrestall:** There are certain privately owned facilities that have already been designated. As Senator Carney indicated, under Treasury Board guidelines, the progression is that properties under federal jurisdiction are offered to other government departments, provinces or municipalities.

We have built into this bill, as you will notice, a two-year period in which someone from the private sector, a municipality or anyone else can make an application. Should the bill be passed without amendment, as we envision it, the application will be made to Canadian Heritage.

**Le sénateur Carney:** Il n'y avait pas de processus de consultation publique ni d'obligation d'entretien imposé au propriétaire.

**Le président:** Il l'a entretenu parce que c'est ce qu'il souhaite faire et non pas parce qu'il doit le faire.

**Le sénateur Cordy:** Vous avez dit aussi que, heureusement, il y a encore 500 phares et que tous ne seraient pas désignés comme étant des phares patrimoniaux. Pourquoi certains d'entre eux ne seraient-ils pas désignés comme tels? Est-ce en raison de leur âge ou de leur structure? Si les phares ont été construits il y a longtemps, ils devraient tous être des phares patrimoniaux.

**Le sénateur Carney:** Vous soulevez une question intéressante. L'histoire de la côte Ouest et l'histoire de la côte Est sont très différentes. En Colombie-Britannique, il y a bien des gens qui ont dû mourir avant qu'un phare ne soit construit. Nombre des phares se trouvent dans des endroits sans accès routier. Les Maritimes ont connu une colonisation différente, et les phares y ont été construits pour des raisons différentes.

Nombre des phares de la Colombie-Britannique devraient être considérés comme bien du patrimoine, mais, de la cinquantaine qui existe, deux seulement sont classés comme tels. Ce sont les critères architecturaux très limités qui sont en cause. Les critères de classification d'un phare patrimonial, en ce moment, de telle sorte qu'il ne serait pas possible de modifier le phare sans obtenir la permission au préalable, concerne l'âge du phare et sa construction. Du point de vue architectural, le phare doit être tout à fait étonnant, sinon tout à fait original.

Pour les sept autres qui sont reconnus comme phares patrimoniaux, comme M. Graham l'a dit, ils pourraient s'effondrer tout à fait sans que personne ne puisse rien faire. Ce n'est pas parce qu'ils sont reconnus comme lieu national ou lieu historique que quelqu'un a assumé la responsabilité de les entretenir. La Garde côtière n'est pas mandatée pour le faire. Elle est mandatée pour faire fonctionner les phares. Il y a une lacune dans le système. Nous espérons combler cette lacune avec l'adoption du projet de loi, qui a été modelé sur une loi fructueuse concernant la protection de nos gares ferroviaires et autres structures.

**Le sénateur Cordy:** S'il y a dans une localité un phare et que les gens souhaitent que celui-ci soit désigné comme phare patrimonial, dans la mesure où le projet de loi est adopté, quelles mesures doivent-ils prendre pour faire en sorte que le bâtiment soit déclaré phare patrimonial?

**Le sénateur Forrestall:** Il existe certainement des installations appartenant à des intérêts privés qui ont déjà eu cette désignation. Comme le sénateur Carney l'a dit, selon les lignes directrices du Conseil du Trésor, la progression prévue est que les biens relevant de la compétence fédérale sont offerts d'abord aux autres ministères, aux provinces ou aux municipalités.

Vous le remarquerez, nous avons prévu dans le projet de loi un délai de deux ans dans lequel quelqu'un du secteur privé, une municipalité, n'importe qui, peut faire une demande. Si le projet de loi est adopté tel quel, comme nous l'envisageons, la demande sera présentée au ministère du Patrimoine canadien.

Clause 8(1) states:

In this section, "petition" means a petition that a specified lighthouse be designated as a heritage lighthouse...

The petition is made to the appropriate department, which, in this case, is Canadian Heritage.

**Senator Cordy:** It would go to the department and work its way through from there.

**Senator Forrestall:** That is right.

**Senator Carney:** The bill states that the application must be received by the minister within two years. That is because these buildings are falling down from neglect. However, clause 7 states that the minister may, at any time, declare a lighthouse to be a heritage lighthouse. We are not just saying you must do it all within two years. We will not be able to deal with some of the B.C. lighthouses within two years. I wanted to clarify that.

**Senator Forrestall:** There is a five-year period after that for the minister to decide what appropriate action is to be taken with regard to disposal. There is then a process for disposal that falls under Treasury Board guidelines.

**Senator Callbeck:** Clause 8 deals with a petition that must be made within two years.

It looks from that as if they would not be able to send in a petition three years from now.

**Senator Carney:** I know you have raised this before. I can offer you the reasons that we have done that. Nothing restricts the minister from recommending at any time that a lighthouse be designated as a heritage structure.

I will give you an example. In British Columbia there is a lighthouse called Triple Island that is way off the coast. It is an architectural marvel. There is no community there at the present time that could petition. However, in time, there may be some extraordinary security reason or some other reason to increase its heritage status.

While we have stipulated two years so that people get moving on this, we have not precluded the minister from being able to designate a lighthouse in the future.

**Senator Callbeck:** In other words, five years down the road, a group could send in a petition?

**Senator Carney:** Yes, but we have stated that people should move on it. We do not want to tie the hands of DFO if someone wants to do something decades from now. We have stipulated two years, with an escape clause that the minister can always do this. There is a five-year response time, which gives people enough time to survey and decide what the appropriate action is.

Le paragraphe 8(1) se lit en partie comme suit:

Pour l'application du présent article, «pétition» s'entend d'une pétition demandant qu'un phare particulier soit désigné comme phare patrimonial.

La pétition est transmise au ministère intéressé, dans le cas qui nous occupe, le ministère du Patrimoine canadien.

**Le sénateur Cordy:** La pétition serait reçue au ministère et y serait traitée.

**Le sénateur Forrestall:** C'est cela.

**Le sénateur Carney:** Le projet de loi précise que le ministre doit avoir reçu la pétition dans les deux ans. C'est parce que les bâtiments s'effondrent du fait de la négligence. Tout de même, l'article 7 prévoit que le ministre peut à tout moment déclarer qu'un phare est un phare patrimonial. Nous ne disons pas seulement qu'il faut le faire dans les deux ans. Nous n'allons pas pouvoir régler le cas de certains des phares de la Colombie-Britannique dans les deux ans. Je voulais apporter cette précision.

**Le sénateur Forrestall:** Il y a, après cela, une période de cinq ans où le ministre peut déterminer quelle mesure s'impose. Il y a alors un processus d'aliénation qui relève des lignes directrices du Conseil du Trésor.

**Le sénateur Callbeck:** L'article 8 porte sur une pétition qui doit être présentée dans les deux ans.

D'après cela, on dirait qu'ils ne seront pas en mesure de transmettre une pétition d'ici trois ans.

**Le sénateur Carney:** Je sais que vous avez déjà soulevé la question. Je peux vous expliquer les raisons qui nous ont motivés à faire ce choix. Rien n'empêche le ministre de recommander, n'importe quand, qu'un phare soit désigné comme structure patrimoniale.

Je vais vous donner un exemple. En Colombie-Britannique, il y a un phare, le Triple Island, qui est situé très loin de la côte. C'est un bijou du point de vue de l'architecture. Il n'y a pas là, en ce moment, une population qui serait susceptible de présenter une pétition. Tout de même, à un moment donné, pour un motif de sécurité extraordinaire ou pour une autre raison, on pourrait en accroître le statut patrimonial.

Nous avons établi un délai de deux ans pour que les gens s'empressent d'agir, mais nous n'interdisons plus au ministre de désigner un phare comme étant patrimonial à l'avenir.

**Le sénateur Callbeck:** Autrement dit, dans cinq ans, un groupe pourrait envoyer une pétition?

**Le sénateur Carney:** Oui, mais nous avons dit que les gens doivent s'empresser d'agir. Nous ne souhaitons pas contraindre le MPO, dans le cas où quelqu'un déciderait d'agir dans 20 ou 30 ans. Nous avons fixé un délai de deux ans, avec une disposition d'exception qui permet au ministre d'agir en tout temps. Il y a un délai de réaction de cinq ans, qui donne aux gens suffisamment de temps pour sonder la situation et déterminer quelle mesure s'impose.



It is the same as government docks. The one on Saturna Island recently burned down. Some government docks are needed and part of the community. Others wither and die over time. Then land claims arise or something happens and suddenly the dock becomes important.

We are trying to leave some flexibility in the bill so that a few years from now, hands are not tied through having it declared a heritage lighthouse.

**Senator Forrestall:** I will just add to that, Senator Callbeck, if I may. You will notice, as you read through the bill, that we have placed this time restriction so as not to impose an undue delay upon the Department of Fisheries and Oceans in the normal prosecution of the fishery itself. Nothing is tied up for an undue length of time. That is why we have directed in the bill that the disposition be dealt with in not more than five years all together.

The petition to the minister is a two-year period, with a total of five years for the minister to act. In short, the minister has three years if the petition is made at the end of the two-year period.

**Senator Carney:** I would be remiss if I did not add something to that. My dream for the lighthouses on the West Coast has been to multitask them. We have a huge coast — 25,000 kilometres. Much of it is totally inaccessible.

My dream has always been to use them for security. Instead of limiting the mandate of the lightkeepers, who do not even have the authority to talk to the boats in their area, expand it so that they can report on illegal immigrants, obvious drug smuggling and be used by the RCMP for action against criminal activity.

They are now used for weather information. One of the biggest uses of staffed lighthouses in B.C. is to give the marine or aviation weather on a coast where the weather is always changing.

Terry Webber, the superintendent of marine services, told me that the Coast Guard is fully aware of this. They offered lighthouses in the past to other departments such as Parks Canada and the police. No one would pick up a share of the tab. They were unable to do that.

We should not restrict the use of lighthouses to navigational aids. In this day of security concerns, there are other uses. This bill would permit that flexibility.

**Senator Cordy:** My last question has to do with the maintenance of heritage lighthouses. If a government department owns a lighthouse, one would hope that they would

C'est comme dans le cas des installations portuaires du gouvernement. Celles de l'île Saturna ont passé au feu récemment. Certaines installations portuaires gouvernementales sont nécessaires et font partie de la localité. D'autres tombent en décrépidité. Ensuite, il y a des revendications territoriales ou autre chose, puis, subitement, les installations portuaires ont de l'importance.

Nous essayons de prévoir une certaine marge de manœuvre dans le projet de loi, si bien que, d'ici quelques années, notre champ d'action ne sera pas contraint du fait d'avoir déclaré un phare comme étant phare patrimonial.

**Le sénateur Forrestall:** Je tiens simplement à ajouter quelque chose, sénateur Callbeck, si vous le permettez. Vous remarquerez, en lisant le projet de loi, que nous avons prévu ce délai de façon à ne pas assujettir le ministère des Pêches et des Océans à un retard excessif en ce qui concerne les pêcheries. Rien n'est retardé pour un temps trop long. C'est pourquoi nous disons dans le projet de loi que le sort des phares doit être réglé d'ici cinq ans au maximum.

La pétition qu'il faut remettre au ministre est associée à un délai de deux ans, et le ministre doit agir dans les cinq ans au total. Autrement dit, le ministre dispose de trois ans pour agir si la pétition lui a été remise à la fin de la période de deux ans.

**Le sénateur Carney:** Je manquerais à mon devoir si je n'ajoutais pas une précision à cela. Mon rêve, pour les phares de la côte Ouest, c'est de les affecter à des tâches multiples. Nous avons une côte énorme — qui fait 25 000 kilomètres. Pour une grande part, elle est tout à fait inaccessible.

Mon rêve a toujours été d'employer les phares pour assurer la sécurité. Plutôt que de limiter le mandat des gardiens de phare, pourquoi ne pas les autoriser à s'adresser aux bateaux qui se trouvent dans leur zone, faire en sorte qu'ils puissent signaler les cas d'immigration illégale, des cas évidents de drogue passée en contrebande et aider la GRC à contrer les activités criminelles.

Ils contribuent en ce moment à l'établissement des données météorologiques. Une des tâches les plus importantes des phares de la Colombie-Britannique, quand il y a un gardien de phare, c'est de renseigner la marine ou l'aviation sur l'évolution de la météo le long d'une côte où les conditions météorologiques changent constamment.

Terry Webber, surintendant des Services à la navigation maritime, m'a dit que la Garde côtière est tout à fait consciente de ce fait. Par le passé, elle a offert des phares à d'autres organismes comme Parcs Canada et la police. Personne n'était prêt à assumer sa part des frais. Ils n'étaient pas en mesure de faire cela.

Nous ne devrions pas restreindre l'emploi des phares à celui d'aide à la navigation. À une époque qui est marquée par les préoccupations en matière de sécurité, d'autres utilisations sont possibles. Ce projet de loi nous donnerait la marge de manœuvre voulue.

**Le sénateur Cordy:** Ma dernière question porte sur l'entretien des phares patrimoniaux. Si un ministère possède un phare, il est à espérer qu'il possède les moyens de l'entretenir. Une des difficultés

have the finances to maintain it. One of the difficulties that owners of heritage homes in the Halifax area have had is that it is quite expensive to maintain the historical aspects.

Senator Forrestall, you said earlier that your hope would be that there would be community involvement in taking over a lighthouse and having it declared a heritage site. How would you see the maintenance aspect of the lighthouses owned by private individuals being taken care of?

**Senator Forrestall:** The bill speaks for itself. The responsibility for suitable maintenance of either an active or darkened lighthouse is a municipal one that would have to fall under considerations of unsightly premises. It would be the responsibility of the individual who owned the property to maintain it in keeping with the neighbourhood and good taste.

**Senator Cordy:** I understand the idea of unsightly premises, but would the maintenance not have to be done in accordance with the historical aspect of the building?

**Senator Forrestall:** Yes, it would.

Those that are privately owned are indeed maintained at a level significantly above that of government maintenance.

I do not have any particular fears. This is based upon studying this question for probably 20 or 25 years.

You will hear in a few minutes from some of the real treasures in Canada about how preservation of these buildings of historical significance should be viewed. I believe that they will suggest to you that they are reasonably well maintained in private hands. I say that at the risk of incurring the wrath of a series of levels of government.

The next step up, interestingly enough, in my experience has been the municipalities. The provinces will keep one or two painted for tourist and historic purposes, but they are not the best landlords in the world. The federal government, God love them, are somewhere in that list.

**Senator Carney:** There is no mandate to maintain them now.

**Senator Forrestall:** That is my point. At this point, they are deteriorating. I doubt that there is a member of Parliament who lives in a coastal community who has not had a plea from someone to find money to paint, repair the foundation or pay the light bill.

There are all sorts of problems. As with railways, those problems have been tackled by community groups. The problems have been overcome, and you know the beauty they provide. I suggest the lighthouses will attract that kind of treatment as well. That has been my experience.

I should mention, so that you can report back to another group, that there is also a role for the Halifax Rifles in matters such as this; and I am quite serious.

qu'éprouvent les propriétaires de domiciles patrimoniaux dans la région d'Halifax, c'est qu'il est assez coûteux d'entretenir le caractère historique du bâtiment.

Sénateur Forrestall, vous avez dit plus tôt que vous espériez que les gens de l'endroit participeraient et prendraient en charge le phare et le feraient déclarer bien du patrimoine. Comment voyez-vous l'aspect entretien des phares appartenant à des particuliers?

**Le sénateur Forrestall:** Le projet de loi est éloquent à cet égard. La responsabilité de l'entretien convenable d'un phare, qu'il soit actif ou non, relève de la municipalité et serait assujettie au critère concernant l'esthétique des lieux. Il appartiendrait au propriétaire d'entretenir le phare conformément au quartier et au bon goût.

**Le sénateur Cordy:** Je comprends l'idée de l'esthétique des lieux, mais l'entretien ne devrait-il pas être conforme à l'aspect historique du bâtiment?

**Le sénateur Forrestall:** Oui, il faudrait qu'il le soit.

Les phares qui appartiennent à des intérêts privés sont d'ailleurs entretenus de façon nettement supérieure à la norme gouvernementale.

Je n'ai pas de crainte particulière à ce sujet. Je dis cela après avoir étudié la question sur 20 ou 25 années, probablement.

Vous allez voir dans quelques minutes certains des véritables trésors que nous avons au Canada — pour montrer comment il faut voir la conservation de ces bâtiments d'une importance historique. Je crois que les gens vont vous dire que les phares sont raisonnablement bien entretenus quand ils se retrouvent entre les mains du secteur privé. Je le dis au risque de subir la colère de plusieurs ordres de gouvernement.

Le prochain échelon — fait assez intéressant —, selon mon expérience, c'est la municipalité. Les provinces gardent bien un phare ou deux, qu'elles font peindre pour des raisons touristiques et historiques, mais ce ne sont pas les meilleurs propriétaires qui soient. Le gouvernement fédéral — que Dieu le bénisse — se trouve quelque part dans la liste.

**Le sénateur Carney:** Il n'y a pas de mandat pour leur entretien, en ce moment.

**Le sénateur Forrestall:** C'est ce que je veux dire. En ce moment, les phares se détériorent. Je doute qu'il y ait un seul député habitant une localité côtière qui n'a pas eu droit au plaidoyer d'un citoyen qui souhaite que l'on trouve de l'argent pour faire peindre le phare, en réparer les fondations ou payer la facture d'électricité.

Toutes sortes de problèmes se présentent. Comme dans le cas des chemins de fer, ce sont des groupes communautaires qui se sont attaqués au problème. Les difficultés ont été réglées, et vous savez comment leur beauté inspire les gens. Je dirais que les phares susciteront le même genre de traitement. Cela a été mon expérience.

Je dois le souligner aussi, pour que vous puissiez en faire rapport à un autre groupe: il y a un rôle pour les Halifax Rifles dans cette histoire — et je suis tout à fait sérieux.



**Senator Callbeck:** First, my congratulations to Senator Forrestall for bringing this proposed legislation forward and to Senator Carney for her interest in lighthouses.

Coming from an island, I have a great interest in lighthouses because they have played a big part in the history, culture and landscape of our province.

I agree with the principle of the proposed legislation. Senator Cordy has covered most of the areas that I wanted to question. There is one issue about the lighthouses that are currently designated heritage buildings. Under the existing process, the Federal Heritage Building Review Office, FHBRO, has examined 200 lighthouses and 120 of those have been classified as heritage buildings. What will happen to those under this proposed legislation? Will they still be heritage lighthouses or will they have to be re-examined?

**Senator Forrestall:** We opted for the Historic Sites and Monuments Board, HSMB, because it already has similar responsibilities and is able to examine and make recommendations on the buildings held privately and publicly. That is not always possible under other auspices.

The bill and the Canadian Constitution Act of 1867 give Parliament jurisdiction over all lighthouses, both privately and publicly owned and operated.

The HSMB has a much greater scope for consideration in rendering a heritage decision. The Historic Sites and Monuments Board deals with both publicly owned and privately owned sites, which FHBRO cannot do because it is an agency of the Treasury Board and can only deal with federally held properties. FHBRO has a much narrower formula to determine whether a structure qualifies for heritage designation. For those reasons, we opted for the HSMB capacity.

**Senator Carney:** I might add to that coherent description of why the bill was written in such a way and why the HSMB was chosen.

To answer your question, heritage lighthouses now designated as heritage buildings would retain that designation. There would be public consultations on lighthouses that had been allowed to fall down so that community groups may take them on for restoration and preservation.

Right now, a structure can have heritage status but no one is mandated to look after it. That is the case with most of the light stations. They may have heritage recognition but there is no process or program in place for their maintenance and protection. That is the difference, and that is why in British Columbia, only two lighthouses are classified as heritage sites and thus protected.

**Le sénateur Callbeck:** D'abord, mes félicitations au sénateur Forrestall, pour avoir mis de l'avant ce projet de loi et au sénateur Carney pour l'intérêt qu'elle porte aux phares.

Étant originaire d'une île, j'ai beaucoup d'intérêt pour les phares: ceux-ci sont un facteur important dans l'histoire, la culture et le paysage de notre province.

Je suis d'accord avec le principe qui motive le projet de loi. Le sénateur Cordy a parlé de la plupart des aspects de la question que je souhaitais élucider. Il y a une question que je poserais à propos des phares qui sont actuellement désignés bâtiments patrimoniaux. Suivant la démarche actuelle, le Bureau d'examen des édifices fédéraux du patrimoine, ou PEEFP, a examiné 200 phares, dont 120 ont été classés édifices du patrimoine. Qu'est-ce qui en adviendra avec l'adoption de ce projet de loi? Est-ce que ce sont encore des phares patrimoniaux, sinon faudrait-il réexaminer leur cas?

**Le sénateur Forrestall:** Nous avons opté pour la Commission des lieux et monuments historiques du Canada, ou CLMH, car elle exerce déjà des responsabilités semblables et est en mesure d'examiner les bâtiments détenus par des intérêts autant privés que publics et de formuler à leur égard des recommandations. Ce n'est pas toujours possible sous d'autres auspices.

Le projet de loi et la Loi constitutionnelle de 1867 accordent au Parlement la compétence relative à tous les phares, que la propriété et l'exploitation soient de nature privée ou publique.

La CLMH, dans les décisions qui touchent le patrimoine, a des visées nettement plus larges. La Commission des lieux et monuments historiques du Canada étudie les lieux appartenant au secteur privé autant qu'au secteur public, chose que ne peut faire le BEEFP, car il s'agit d'une agence du Conseil du Trésor qui ne peut porter son regard que sur les propriétés du gouvernement fédéral. Le BEEFP applique une formule nettement plus restreinte pour déterminer si une structure correspond à la désignation patrimoniale. Pour ces raisons, nous avons décidé de recourir à la CLMH.

**Le sénateur Carney:** Permettez-moi d'ajouter une précision à cette description cohérente des raisons pour lesquelles le projet de loi a été rédigé de cette façon et des raisons pour lesquelles c'est la CLMH qui a été retenue.

Pour répondre à votre question, les phares patrimoniaux actuellement désignés édifices du patrimoine conserveraient cette désignation. Il y aurait des consultations publiques sur les phares qu'on a laissés se détériorer, pour que des groupes communautaires puissent les prendre en charge en vue de les restaurer et de les conserver.

En ce moment, une structure peut bénéficier de la désignation patrimoniale sans que personne ne soit mandaté pour s'en occuper. C'est le cas de la plupart des stations de phare. Elles sont peut-être connues comme étant un édifice du patrimoine, mais il n'existe aucune démarche ni aucun programme pour leur entretien et leur protection. Voilà la différence, et c'est pourquoi il

Seven lighthouses are recognized as heritage buildings and not protected and the rest are totally unprotected.

**Senator Callbeck:** In answer to the question, the lighthouse now classified as a heritage site will remain as such under this proposed legislation.

**Senator Carney:** That is correct.

**Senator Morin:** I only wish to congratulate Senator Forrestall and Senator Carney for producing this extraordinary bill.

**Senator Robertson:** My question is for clarification. First, congratulations to both of you; I know how long you have been working at this. It is important.

I do not fully understand clause 8(b), wherein the petition must be received within two years. Is the escape clause, "the minister at any time shall"? Do we have to wait for the minister or can we petition the minister? Are all petitions finished after two years?

**Senator Forrestall:** No, not necessarily finished.

**Senator Robertson:** Could someone still petition?

**Senator Forrestall:** The minister could be petitioned at any time.

**Senator Robertson:** — at any time.

**Senator Forrestall:** Yes.

**Senator Robertson:** The priority is in the first two years. Thank you.

May I have some information? These structures are so important to us, but if they are no longer used as navigational aids, is there a priority list in your study for which ones should be addressed first? Do you have to save the old ones first?

**Senator Forrestall:** Senator, we have two coasts and so I will let Senator Carney deal with this question because there are still some lights on the West Coast.

**Senator Carney:** That is the point. Senator Forrestall speaks for the East Coast, where there is only one staffed lighthouse, and there are some in Newfoundland.

**Senator Robertson:** Excuse me, Senator Carney, does that staffed lighthouse have any navigational use?

**Senator Carney:** Oh, yes. They still have lights. I do not know of any light station on the B.C. coast that has been abandoned.

**Senator Robertson:** I know of a few on the East Coast.

n'y a, en Colombie-Britannique, que deux phares classés comme lieux patrimoniaux et protégés comme tels. Sept phares sont reconnus comme édifices du patrimoine, mais ne sont pas protégés. Les autres sont tout à fait sans protection.

**Le sénateur Callbeck:** Pour répondre à la question, le phare qui est actuellement classé lieu patrimonial le demeurera avec l'adoption de ce projet de loi.

**Le sénateur Carney:** C'est juste.

**Le sénateur Morin:** Je souhaite simplement féliciter le sénateur Forrestall et le sénateur Carney d'avoir produit ce projet de loi extraordinaire.

**Le sénateur Robertson:** J'aimerais obtenir une précision. Premièrement, félicitations aux deux; je sais depuis combien de temps vous travaillez à ce projet. C'est un projet important.

Je ne comprends pas tout à fait l'alinéa 8b), où il est dit que la pétition doit être reçue dans les deux ans. Est-ce que la disposition d'exception se trouve au passage où il est dit que: «le ministre peut à tout moment.»? Faut-il attendre que le ministre agisse, ou encore faut-il adresser une pétition au ministre? Toutes les pétitions doivent-elles être parvenues dans les deux ans?

**Le sénateur Forrestall:** Non, pas nécessairement.

**Le sénateur Robertson:** Est-ce que quelqu'un pourrait encore présenter une pétition?

**Le sénateur Forrestall:** Une pétition pourrait être adressée au ministre n'importe quand.

**Le sénateur Robertson:** ... n'importe quand.

**Le sénateur Forrestall:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** La priorité est accordée aux deux premières années.

Puis-je me renseigner sur une question? Ces structures ont pour nous une très grande importance, mais si elles ne servent plus d'aide à la navigation, avez-vous établi dans votre étude un ordre de priorité pour les phares? Est-ce qu'on sauve les plus vieux d'abord?

**Le sénateur Forrestall:** Sénateur, nous avons deux côtes, et je laisserai au sénateur Carney le soin de répondre à la question, car il y a encore certains phares qui fonctionnent sur la côte Ouest.

**Le sénateur Carney:** C'est justement cela. Le sénateur Forrestall parle pour la côte Est, là où il n'y a plus qu'un phare doté d'un gardien, et il y en a certains à Terre-Neuve.

**Le sénateur Robertson:** Je m'excuse, sénateur Carney, le phare dont il est question, celui où il y a un gardien, sert-il à la navigation d'une manière ou d'une autre?

**Le sénateur Carney:** Oh, oui. Le feu fonctionne toujours. Je n'ai pas connaissance d'une seule station de phare sur la côte, en Colombie-Britannique, qui ait été abandonnée.

**Le sénateur Robertson:** J'en connais quelques-unes sur la côte Est.



**Senator Carney:** They are either automated or staffed, and this is not the committee to speak to the need to increase their budget. They are either operational and automated or operational and staffed. Those are operational questions with which the Coast Guard would have to deal.

As I said, when you are looking at deeming 200 light stations surplus, but not necessarily the navigational aids, the Coast Guard does not have a mandate to deal with disposing of light stations and preserving of the ones to be retained.

**Senator Forrestall:** To finish that off, at one time, lighthouses were the signals to the man on the bridge to let him know how soon he might be home — he would count them as the ship passed. On the West Coast, you could not do it quite that way. There was not the need on our coast to maintain the numbers. To my undying shame, on my humble watch as Parliamentary Secretary to the Minister of Transport, lo and behold, this deed was perpetrated behind my back, so to speak.

**Senator Roche:** Like Senator Morin, I wish to congratulate Senator Forrestall for bringing this proposed legislation forward and I congratulate Senator Carney for her dedication.

This is an important issue and I speak in favour of the bill.

**The Chairman:** I thank Senator Carney and Senator Forrestall for appearing today. Of course, you are welcome to stay to hear the rest of the discussion.

Our next witnesses are Mr. Michel Audy and Ms. Lyn Elliot-Sherwood, from Canadian Heritage; and Mr. Jacques Lorquet and Mr. George Da Pont, from the Department of Fisheries and Oceans.

**Ms. Lyn Elliot-Sherwood, Acting Executive Director, Heritage, Department of Canadian Heritage:** Honourable senators, from the perspective of the Canadian Heritage portfolio, we will be speaking to Parks Canada's heritage designation responsibilities, as well as to the Historic Places Initiative being led by the Department of Canadian Heritage.

As you know, in 1998, the Parks Canada Agency was established as a departmental corporation under the Financial Administration Act. That means that Parks Canada is a separate legal entity, reporting to the Minister of Canadian Heritage and dedicated to delivering programs set out within the agency's legislation and policy authorities. The minister remains accountable for the overall direction of the agency and is accountable to Parliament for all Parks Canada activities. Overall policy responsibility rests with the Department of Canadian Heritage.

I will ask my colleague, Mr. Michel Audy from Parks Canada, to speak to the designation program operated by Parks Canada to provide a context.

**Le sénateur Carney:** Soit qu'elle fonctionne par commande automatisée, soit qu'il y a un gardien, et il n'appartient pas à notre comité de voir s'il serait nécessaire d'augmenter leur budget. Soit qu'elles sont opérationnelles avec commande automatisée, soit qu'elles sont opérationnelles avec gardien. Ce sont des questions opérationnelles qui sont l'affaire de la Garde côtière.

Comme je l'ai dit, quand vient le temps de déclarer excédentaires quelque 200 stations de phare, sans toucher forcément aux aides à la navigation, la Garde côtière n'est pas mandatée pour agir.

**Le sénateur Forrestall:** Vidons la question. À une certaine époque, les phares permettaient à l'homme sur le pont de savoir dans combien de temps encore il serait à la maison — il les comptait au fil de la côte. Sur la côte Ouest, ce n'est pas tout à fait de cette façon qu'on procédait. Il n'était pas nécessaire d'en avoir tant. C'est la honte de ma vie: pendant mon séjour en tant que secrétaire parlementaire du ministre des Transports, voilà que cet acte répréhensible a été perpétré dans mon dos, pour ainsi dire.

**Le sénateur Roche:** Comme le sénateur Morin, je tiens à féliciter le sénateur Forrestall d'avoir présenté ce projet de loi et je tiens à féliciter le sénateur Carney de son dévouement.

Voilà une question importante, et je me prononce en faveur du projet de loi.

**Le président:** Je remercie le sénateur Carney et le sénateur Forrestall d'avoir comparu aujourd'hui. Bien entendu, si vous voulez rester pour assister au reste de la discussion, vous êtes les bienvenus.

Nos prochains témoins sont M. Michel Audy et Mme Lyn Elliot-Sherwood, de Patrimoine canadien; et M. Jacques Lorquet et M. George Da Pont, du ministère des Pêches et des Océans.

**Mme Lyn Elliot-Sherwood, directrice exécutive par intérim, Patrimoine, ministère du Patrimoine canadien:** Honorables sénateurs, du point de vue du portefeuille du Patrimoine canadien, nous allons traiter des responsabilités de Parcs Canada en matière de désignation patrimoniale aussi bien que du projet «Les endroits historiques» dont le ministère du Patrimoine canadien se fait la figure de proue.

Comme vous le savez, en 1998, l'agence Parcs Canada a été créée à titre d'établissement public sous l'égide de la Loi sur la gestion des finances publiques. Cela veut dire que Parcs Canada constitue une entité juridique distincte, redevable au ministre du Patrimoine canadien et mandatée pour mettre en application les programmes établis dans les limites que lui confèrent les lois et politiques qui sont applicables. Le ministre demeure responsable de l'orientation générale de l'agence, et il est responsable devant le Parlement de l'ensemble des activités de Parcs Canada. La responsabilité globale à l'égard des politiques est l'affaire du ministère du Patrimoine canadien.

Je vais demander à mon collègue, M. Michel Audy, de Parcs Canada, de parler du programme de désignation de Parcs Canada, pour situer la question dans un contexte.

*[Translation]*

**Mr. Michel Audy, Executive Secretary, Historic Sites and Monuments Board of Canada:** The Parks Canada Agency is responsible for three heritage designation programs related to Bill S-7. The first is the National Commemoration Program, which identifies places, persons, and events of national historic significance. That is done through the Historic Sites and Monuments Board of Canada, which advises the Minister of Canadian Heritage on the designation of these subjects. Parks Canada supplies the research support for that program and also the secretariat. It installs commemorative plaques and monuments, and it administers about one in six of the more than 850 national historic sites. Fourteen lighthouses have been designated as national historic sites. Of these, nine are administered by DFO and five by Parks Canada.

*[English]*

The second program addresses the protection of federal heritage buildings under the Treasury Board heritage buildings policy. Under the policy, federal buildings more than 40 years old are evaluated and may be designated at the highest level, as we heard earlier, which is "classified," or at the next level, as "recognized."

Parks Canada is responsible for providing the research and administering the policy through the Federal Heritage Buildings Review Office, known under its acronym of FHBRO. The policy holds individual deputy ministers and individual departments accountable for the management of heritage buildings in their own departments. Its purpose is to protect the heritage character of buildings while the property is within the federal jurisdiction.

There are currently 269 classified and 1,085 recognized federal heritage buildings. FHBRO evaluated a total of 287 lighthouses. Of these, 22 were designated as classified and 104 as recognized.

The third heritage program administered by Parks Canada addresses the heritage railway stations. This program was established in 1988 under the Heritage Railway Stations Protection Act, which applies to railway companies under Part 3 of the Canada Transportation Act.

*[Translation]*

The Historic Sites and Monuments Board of Canada has evaluated over 300 railway stations and, upon its advice, the Minister of Canadian Heritage has designated 174 heritage railway stations. Under the Heritage Railway Stations Protection Act, a railway company may not remove, destroy, alter, sell, assign, transfer or otherwise dispose of a heritage railway station owned by it without the permission of the

*[Français]*

**M. Michel Audy, secrétaire exécutif, Commission des lieux et monuments historiques du Canada:** Parcs Canada est responsable de trois programmes de désignation patrimoniale liés au projet de loi S-7. Le premier est le programme de commémoration nationale dans le cadre duquel on identifie les endroits, personnes et événements d'importance historique nationale. Le ministre du Patrimoine canadien désigne les sujets d'importance historique nationale suivant les avis de la Commission des lieux et monuments historiques du Canada. Parcs Canada se charge du soutien à la recherche de ce programme et du secrétariat de la Commission. L'agence installe des plaques commémoratives, inaugure des monuments et administre environ un lieu historique national sur six. On compte plus de 850 de ces lieux au Canada. Parcs Canada était responsable de l'administration de seulement 147 lieux historiques nationaux du Canada. Quatorze phares ont été désignés lieux historiques nationaux du Canada. De ce nombre, neuf sont administrés par le ministère des Pêches et Océans, et cinq sont administrés par Parcs Canada.

*[Traduction]*

Le deuxième programme concerne la protection des édifices fédéraux du patrimoine, conformément à la politique du Conseil du Trésor en la matière. Selon cette politique, les édifices fédéraux qui ont plus de 40 ans sont évalués, puis peuvent être désignés au niveau supérieur, comme nous l'avons entendu dire plus tôt, c'est-à-dire «classé» sinon au niveau suivant, c'est-à-dire «reconnu».

Parcs Canada a pour responsabilité de mener à bien les recherches nécessaires à cet égard et d'appliquer la politique par l'entremise du Bureau d'examen des édifices fédéraux du patrimoine, dont on connaît mieux le sigle: BEEFP. La politique tient les sous-ministres individuels et les ministères particuliers responsables de la gestion des édifices du patrimoine dans leur propre ministère. Il s'agit de protéger le caractère patrimonial des édifices, dans la mesure où il s'agit de propriétés relevant de la compétence fédérale.

Il existe actuellement 269 édifices du patrimoine classé et 1 085 édifices du patrimoine reconnus du côté fédéral. Le BEEFP a évalué au total 287 phares. Du nombre, 22 ont été désignés comme étant classés, et 104, comme étant reconnus.

Le troisième programme du patrimoine dont s'occupe Parcs Canada concerne les gares ferroviaires. Le programme a été créé en 1988 sur l'impulsion de la Loi sur la protection des gares ferroviaires patrimoniales, qui s'applique aux sociétés ferroviaires sous le régime de la partie 3 de la Loi sur les transports au Canada.

*[Français]*

La Commission des lieux et monuments historiques du Canada a évalué plus de 300 gares ferroviaires. Suivant ces avis, le ministre du Patrimoine canadien a désigné 174 gares ferroviaires patrimoniales. En vertu de la Loi sur la protection des gares ferroviaires patrimoniales, une compagnie de chemin de fer ne peut enlever, démolir, modifier ou aliéner une gare ferroviaire patrimoniale dont elle est propriétaire sans l'autorisation du



Governor in Council upon the recommendation of the minister. The HSMBC Secretariat administers the Act by reviewing all applications for interventions, advising the minister on the appropriate course of action to ensure protection of heritage character, ensuring that the public is informed of these requests and by organizing public hearings when required. Parks Canada provides the research support to the HSMBC.

[English]

The Heritage Railway Stations Protection Act, however, no longer applies when a heritage railway station is sold to an entity not identified under the Canada Transportation Act. For that reason, the Historic Sites and Monuments Board Secretariat negotiates the application of provincial or territorial heritage legislation to ensure the continued protection of the station as a condition of sale or transfer. Sixty-four heritage railway stations of the 174 that have been designated have been sold or transferred under these conditions.

In closing, Mr. Chair and honourable senators, Parks Canada offers two observations with respect to Bill S-7. Bill S-7, as you know, is modelled after the Heritage Railway Stations Protection Act, but that act applied to buildings that were otherwise outside the legislative jurisdiction of Parliament. By contrast, the lighthouses that would be affected by Bill S-7 are already under the direct control of the federal government and managed through Treasury Board real property policies. Secondly, Parks Canada supports Bill S-7 in principle. However, the bill does impose new costs but no source of funds for research, evaluation and designation of lighthouses and the review of the intervention process.

**Ms. Elliot-Sherwood:** Mr. Chair, the Historic Places Initiative — to save time, HPI from here on — was formally launched in 2001 as a broad strategy to engage public, private and voluntary sector participation in built heritage conservation. As part of this strategy, to address gaps in federal legislation, the Government of Canada is considering legislation to establish a new Canada historic places act, and to strengthen legislation for National Historic Sites.

In addition, Canadian Heritage and Parks Canada are working with partners to build three essential tools to support engagement in the initiative: a Canadian register of historic places; conservation standards and guidelines; and a certification process to determine eligibility of expenses and proposals within the new HPI contribution program announced in the 2003 federal budget.

The new Canada historic places act would offer legal protection for historic places on federal lands and archaeological resources on or under federal lands or waters. The proposed legislation would also formally recognize the

gouverneur en conseil sur recommandation du ministre. Le secrétariat de la Commission applique la loi en examinant toutes les demandes d'intervention, en informant le ministre de la marche à suivre appropriée pour assurer la protection du caractère patrimonial, et en organisant des audiences publiques dans des cas exceptionnels. Parcs Canada fournit alors à la Commission, dans ces cas, du soutien à la recherche.

[Traduction]

La Loi sur la protection des gares ferroviaires patrimoniales, toutefois, ne s'applique plus dans les cas où une gare ferroviaire patrimoniale est vendue à une entité qui ne figure pas dans la Loi sur les transports au Canada. Pour cette raison, le Secrétariat de la Commission des lieux et monuments historiques négocie l'application de lois patrimoniales provinciales ou territoriales, afin de s'assurer de continuer à protéger la gare en tant que condition de la vente ou de la cession. Soixante-quatre gares ferroviaires patrimoniales, parmi les 174 ayant été désignées comme telles, ont été vendues ou cédées dans de telles conditions.

Pour terminer, monsieur le président, honorables sénateurs, Parcs Canada formule deux observations en rapport avec le projet de loi S-7. Le projet de loi S-7, comme vous le savez, est modelé sur la Loi sur la protection des gares ferroviaires patrimoniales, mais cette dernière s'appliquait à des édifices qui échappaient autrement à la compétence législative du Parlement. À l'inverse, les phares dont il est question dans le projet de loi S-7 sont déjà sous le contrôle direct du gouvernement fédéral et sont gérés par l'entremise des politiques en matière de biens immobiliers du Conseil du Trésor. Deuxièmement, Parcs Canada appuie en principe le projet de loi S-7. Tout de même, le projet de loi impose des coûts, sans que soient prévues des sources de fonds pour la recherche, l'évaluation et la désignation des phares ainsi que l'examen du processus d'intervention.

**Mme Elliot-Sherwood:** Monsieur le président, le projet «Les endroits historiques» a été lancé en bonne et due forme en 2001, dans le contexte d'une stratégie globale visant à encourager le grand public, le secteur privé et le secteur bénévole à participer à la conservation du patrimoine bâti. Dans le cadre de cette stratégie, pour combler les lacunes dans les lois fédérales, le gouvernement du Canada envisage de légiférer pour établir une nouvelle loi sur les lieux historiques au Canada, ainsi que de renforcer les dispositions législatives touchant les lieux historiques nationaux.

En outre, Patrimoine canadien et Parcs Canada travaillent avec des partenaires à mettre au point trois outils essentiels pour soutenir la participation au projet: un registre canadien des lieux historiques; des normes et des lignes directrices pour la conservation; et un processus d'agrément visant à déterminer l'admissibilité des dépenses et des propositions dans le contexte du nouveau programme de contribution «Les endroits historiques» annoncé dans le cadre du budget fédéral de 2003.

La nouvelle Loi sur les endroits historiques du Canada ferait bénéficier d'une protection juridique les endroits historiques situés sur des terres fédérales et les ressources archéologiques qui se trouvent soit sur les terres fédérales, soit sous les eaux fédérales.



Canadian register of historic places, to which I just alluded, and commit the Government of Canada to the agreed-upon conservation standards and guidelines.

The proposed Canada historic places act and the proposed modifications to the National Historic Sites and Monuments Act would include provisions for the protection of federal heritage buildings and National Historic Sites. The federal government would be required to ensure that its National Historic Sites and classified buildings — those for which my colleague described the processes for the designation — are appropriately maintained and protected against harmful or destructive actions.

Maintenance and any proposed change or addition to a federally owned National Historic Site or classified building would have to be carried out in accordance with the new conservation standards and guidelines. As I believe Mr. Audy has mentioned, 28 lighthouses owned by Parks Canada and DFO are covered by those two designations.

Under the proposed legislation, if a National Historic Site or classified building were to be sold or leased out by the Government of Canada, specific legal instruments would be required to ensure that the building would continue to receive the same high level of conservation protection.

In the case of buildings that have received the lower status — the recognized buildings — the proposed legislation would encourage the use of the standards and guidelines and require departments, agencies and Crown corporations to take into account the heritage status of the building. Ninety-nine lighthouses are currently designated as recognized.

It is also the intention of the proposed legislation that we have described in consultation documents to ensure that no demolition of any part of National Historic Sites or classified federal heritage buildings within the federal inventory could take place without the consent of Parliament.

*[Translation]*

As part of the Heritage First thrust of the proposed legislation, all federal departments, Crown corporations and agencies would be required to give priority consideration to using national historic sites and classified federal heritage buildings before opting for new construction or leases. The proposed legislation would require federal entities to take into account in their actions the heritage value of all places on the new Canadian Register of Historic Places, including those places designated by provinces, territories or municipalities which are owned by other levels of government, community groups, heritage societies, the private sector or individual Canadians.

We would be happy to make available to you copies of the discussion papers circulated last fall.

Le texte de loi permettrait également d'officialiser le registre canadien des endroits historiques, auquel je viens de faire allusion, et engagerait le gouvernement du Canada à respecter les normes et lignes directrices sur lesquelles on s'entendra en matière de conservation.

La Loi sur les endroits historiques du Canada qui est proposée et les modifications proposées de la Loi sur les lieux et monuments historiques renfermeraient des dispositions prévoyant la protection des édifices fédéraux du patrimoine et des lieux historiques nationaux. Le gouvernement fédéral serait tenu de s'assurer que ces lieux historiques nationaux et édifices classés — ceux dont mon collègue a décrit la désignation — sont entretenus convenablement et protégés contre toute mesure nuisible ou destructrice.

L'entretien et tout projet de modification ou d'extension d'un lieu historique national ou d'un édifice classé appartenant au gouvernement fédéral se feraient obligatoirement en conformité avec les nouvelles normes et lignes directrices en matière de conservation. Comme je crois que M. Audy l'a dit, 28 phares appartenant à Parcs Canada et au MPO sont touchés par les deux désignations en question.

Selon le projet de loi, si un lieu historique national ou un édifice classé est vendu ou cédé par le gouvernement du Canada, il faut des instruments juridiques particuliers pour s'assurer que l'édifice continuera de recevoir le même degré élevé de protection et de conservation.

Dans le cas des édifices dont la désignation est «inférieure» — les édifices «reconnus» —, le projet de loi encouragerait l'application des normes et des lignes directrices et exigerait des ministères, organismes et sociétés d'État de prendre en considération le caractère patrimonial de l'édifice. Quatre-vingt-dix phares sont actuellement désignés comme étant reconnus.

Le projet de loi que nous avons décrit dans les documents de travail vise également à garantir qu'il n'y ait, sans le consentement du Parlement, aucune démolition d'un élément quelconque d'un lieu historique national ou d'un édifice fédéral du patrimoine classé faisant partie du répertoire fédéral.

*[Français]*

Tous les ministères fédéraux, sociétés d'État et agences sont visés par la politique du patrimoine dans la législation proposée. Ceux-ci devront considérer l'utilisation des lieux historiques nationaux et édifices fédéraux du patrimoine avant d'entreprendre de nouvelles constructions ou de signer de nouveaux baux. La législation proposée obligerait les institutions fédérales à tenir compte de la valeur patrimoniale de tous les lieux sous le nouveau répertoire canadien des lieux patrimoniaux. Inclus sont les lieux désignés par les provinces, territoires ou municipalités, appartenant à d'autres paliers du gouvernement, à des groupes locaux, à des sociétés du patrimoine dans le secteur privé ou à des particuliers.

Il nous fera plaisir de mettre à votre disposition des copies des documents de consultation que nous avons distribués l'automne dernier.



[English]

**Mr. George Da Pont, Assistant Deputy Minister, Corporate Services, Department of Fisheries and Oceans:** Thank you very much, Senator Kirby, for the opportunity to appear before this committee. As can you appreciate, the Department of Fisheries and Oceans, as the federal custodian of lighthouse properties across Canada, obviously has a clear interest in speaking to Senator Forrestall's proposed legislation.

Let me say at the outset, as my colleagues did, that DFO fully agrees with the objectives of the proposed legislation of preserving the historical and cultural value of heritage assets. In particular, we appreciate the public's desire to preserve the cultural heritage of Canada's lighthouses, and no department can better appreciate the contribution lighthouses have made over the centuries towards the saving of lives of seafarers and the settlement and development of our country.

However, this being said, we do have some concerns with the proposed legislation, with the way it is currently written and some uncertainty on its application. It clearly has the potential to have an impact on DFO's operational capability, and it may well impose some additional financial obligations.

There are currently 261 lighthouses in DFO's inventory, of which 121 have been assessed under the current heritage policy guidelines. Seventy-four of those assessed properties have been recognized for their heritage characteristics, and 17 have been officially classified. DFO also owns a further 199 concrete structures and 357 wooden structures, considered as marine navigation aids, of which 36 have been recognized so far under the guidelines.

In fulfilling its responsibilities for the provision and maintenance of marine aids to navigation, including lighthouses, DFO conducts periodic reviews in consultation with users to ensure that there exists the right number and mix of aids to provide effective levels of safety and environmental protection. Through these reviews and the introduction of new technologies, an increasing number of lighthouse structures and properties are being identified as no longer required as aids to the navigation system.

Treasury Board policy on real property requires that custodial departments focus their real property expenditures on maintaining the properties they require for operational purposes. Any particular property that is no longer required for program delivery must be disposed of by sale or transfer. DFO's disposal procedures conform to federal policy on heritage buildings, so all properties over 40 years of age or more are assessed by the Federal Heritage Building Review Office prior to their disposal.

[Traduction]

**M. George Da Pont, sous-ministre adjoint, Services intégrés, ministère des Pêches et des Océans:** Je vous remercie, sénateur Kirby, de me permettre de comparaître devant le comité. Comme vous pouvez vous en douter, le ministère des Pêches et des Océans, en tant que gardien fédéral des phares du Canada, est directement touché par le projet de loi du sénateur Forrestall.

Permettez-moi d'entrée de jeu de préciser que MPO est entièrement d'accord avec l'idée de préserver la valeur historique et culturelle des biens patrimoniaux. Le ministère est également sensible au désir du public de préserver les phares du Canada, qui font partie de notre patrimoine culturel. Aucun autre ministère ne peut mieux comprendre le rôle qu'ont joué les phares pendant des siècles pour assurer la sécurité des gens de mer et favoriser l'établissement et le développement de la vocation maritime de notre pays.

Cela étant dit, nous avons cependant quelques inquiétudes au sujet de la loi qui est proposée, inquiétudes qui touchent plus particulièrement la formulation actuelle de la loi et son application. En fait, cette loi pourrait avoir d'importantes répercussions sur la capacité opérationnelle du MPO de même que sur ses obligations financières.

Nous possédons en ce moment 261 phares. De ce nombre, 121 ont été évalués en fonction des lignes directrices de la politique du patrimoine actuelle: 74 des sites évalués ont été reconnus comme ayant une valeur patrimoniale, et 17 ont été officiellement classifiés. Le MPO possède également 199 structures de béton et 357 structures de bois considérées comme des aides à la navigation; 36 de ces structures ont été jusqu'à maintenant reconnues comme ayant une valeur patrimoniale en fonction des lignes directrices.

Dans le cadre de nos responsabilités liées à la prestation et à l'entretien des aides à la navigation, ce qui inclut les phares, nous effectuons, en consultation avec les usagers, des examens périodiques pour nous assurer que nous disposons du nombre et de la variété d'aides nécessaires pour assurer la sécurité de la navigation et la protection de l'environnement. Par suite de ces examens et en raison des nouvelles technologies qui sont maintenant utilisées, il apparaît que de plus en plus de phares, de structures et de sites connexes ne sont plus requis comme aides à la navigation.

La politique du Conseil du Trésor sur les biens immobiliers précise que les ministères gardiens doivent utiliser leurs ressources pour conserver les biens dont ils ont besoin pour réaliser leur programme. Les ministères doivent se départir, par vente ou transfert, de tout bien immobilier dont ils n'ont plus besoin. La politique du MPO sur l'aliénation des biens immobiliers est conforme à la politique sur les édifices fédéraux du patrimoine, de sorte que tout bien immobilier de 40 ans doit être évalué par le Bureau d'examen des édifices fédéraux du patrimoine avant d'être aliéné.

Other federal government departments, provinces, municipalities and not-for-profit groups, in that order, are given the opportunity to acquire and preserve DFO's surplus lighthouses.

DFO also has special authority from Treasury Board to transfer lighthouses at nominal value to any government or not-for-profit party who agrees to maintain those properties for a predetermined number of years.

So far, 162 lighthouses and 126 aids to navigation have been designated as available for disposal.

Since DFO now has many lighthouses that are surplus to our needs, we believe that they could be more appropriately protected and maintained by other public agencies and groups that have the mandate and interest and can secure funding for this type of work. Many local municipalities or groups have expressed a desire to acquire lighthouse properties for preservation and tourist development in their communities. DFO believes that its surplus properties would be better served if transferred to interested communities rather than remaining as assets of DFO. In the past several years, we have been actively working with Parks Canada, provincial governments and not-for-profit organizations to ensure the transfer and preservation of surplus lighthouses.

To date, we have been successful in transferring a few lighthouses. I was going to go into detail with two examples, of a transfer in Point Albino and another one in the Gaspésie, but perhaps in the interest of time, I will skip over that. We are now engaged in discussions with the Province of Prince Edward Island, local community groups and the Atlantic Lighthouse Council regarding the possible transfer of 21 DFO lighthouses to the province. We have initiated similar discussions with New Brunswick and Nova Scotia.

Of course, the intent of any such transfers is to ensure that these assets contribute to local development and are protected for future generations.

These efforts may appear to be modest, but we have responded and will continue to respond to the expressed interest of communities.

However, in light of financial constraints and our huge asset base, DFO must invest funds in sites where there is a continuing need to maintain the structure for program delivery. Given that many of our lighthouses are no longer required for program purposes, most of them have not been very well maintained in the past few years. To bring them back to a "reasonable" standard, as would be mandated by this proposed bill, would require a significant investment on the part of DFO as the owner.

In addition, the proposed bill could establish some new mandatory obligations for the maintenance of heritage lighthouses without clearly defining, at this point, the scope and extent of those obligations. For example, we do not know what standards the Historic Sites and Monuments Board, referred to in the bill, would develop for the maintenance of heritage lighthouses.

Les phares peuvent être cédés à d'autres ministères fédéraux, à une province, une municipalité ou un organisme à but non lucratif, dans cet ordre, s'ils s'engagent à les préserver.

Le MPO peut également, en vertu d'une autorisation spéciale du Conseil du Trésor, transférer les phares pour une valeur nominale à un gouvernement ou à un organisme à but non lucratif qui accepte de s'en occuper pendant un nombre d'années déterminé.

À ce jour, 162 phares et 126 aides à la navigation ont été désignés comme excédentaires.

Puisque de nombreux phares ne sont plus utilisés, nous croyons que ces derniers seraient mieux protégés et entretenus s'ils étaient confiés à des groupes ou organismes publics intéressés qui seraient mandatés et qui disposeraient des fonds nécessaires pour le faire. Beaucoup de municipalités et de groupes sont intéressés à acquérir des phares pour les préserver et en faire des attractions touristiques. Le MPO croit qu'il est préférable de transférer ces phares aux collectivités intéressées plutôt que de les conserver dans son inventaire. Au cours des dernières années, nous avons travaillé en étroite collaboration avec Parcs Canada, les gouvernements provinciaux et divers organismes à but non lucratif pour assurer la préservation et le transfert des phares excédentaires.

Quelques phares ont été transférés avec succès jusqu'à maintenant. J'allais vous décrire en détail deux exemples, celui d'un transfert à Point Albino et d'un autre en Gaspésie, mais, par souci de brièveté, je les passerai sous silence. Nous avons présentement des discussions avec la province de l'Île-du-Prince-Édouard, des groupes locaux et l'Atlantic Lighthouse Preservation Council au sujet du transfert de 21 phares à la province. Nous avons commencé des discussions semblables avec le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

L'objectif de ces transferts est bien sûr de s'assurer que les phares servent au développement local et sont protégés pour les générations futures.

Ces efforts peuvent paraître modestes, mais nous avons répondu et continuerons de répondre à l'intérêt exprimé par les communautés.

Toutefois, en raison des nombreuses contraintes financières auxquelles ils doivent faire face et de son actif imposant, le MPO doit investir ses ressources là où cela est nécessaire. Étant donné que beaucoup de nos phares ne sont plus utilisés, leur état s'est détérioré au fil des ans. Leur remise en état nécessiterait un investissement important de la part du MPO en tant que propriétaire.

De plus, le projet de loi établit de nouvelles obligations pour l'entretien des phares patrimoniaux sans véritablement préciser la nature et la portée de ces obligations. Par exemple, nous ne savons pas quelle norme la Commission des lieux et monuments historiques du Canada, citée dans le projet de loi, mettra en place pour la désignation et la conservation des phares patrimoniaux.



*[Translation]*

The bill would require DFO, as the owner of designated heritage lighthouses, to maintain them in a reasonable state of repair and in a manner in keeping with their heritage character.

*[English]*

The main financial impact on DFO would be the cost to refurbish lighthouses to a reasonable standard. DFO has not had an opportunity to estimate these costs but believes they would be significant, probably in the tens of millions of dollars. In any event, unless there were additional new sources of funding, this could only be accomplished by diverting funds from ongoing Coast Guard or other DFO operational programs.

Furthermore, we believe — and I believe this was noted by the sponsors of the bill — that under the proposed legislation, the number of designated heritage lighthouses could very well be much higher than the number currently designated under the present heritage policy guidelines.

It is not known at this time what criteria would be used by the Minister of Heritage to designate a heritage lighthouse, but there is a likelihood of increased designations, with a corresponding increase in maintenance obligations, as yet undefined, for DFO.

Finally, the proposed bill could potentially make it more difficult for DFO to dispose of lighthouses it no longer requires. First, the disposal process would appear to be more onerous and take longer than the current one. We understand that all disposals of heritage lighthouses would require the approval of the Minister of Canadian Heritage. Any dissenting party in the community could require the minister to hold a public consultation before making a decision.

*[Translation]*

By establishing a legal requirement for DFO to maintain, in good condition, all heritage lighthouses under its custody, regardless of their surplus status, there would be less of an incentive for communities or other levels of government to acquire these properties. The preservation of lighthouses would have to be assured by DFO by law.

*[English]*

Also, because of the maintenance standards attached to heritage lighthouses, many communities might be discouraged from assuming ownership of these properties. Simply put, they may be afraid to accept additional financial obligations unless there was an ongoing federal commitment to financial assistance.

In closing, thank you for the opportunity to share with you our views, and I would like to reiterate that notwithstanding these concerns, DFO does certainly support the objectives of the bill.

*[Français]*

En vertu du projet de loi S-7, le MPO devra, en tant que propriétaire de phares patrimoniaux, conserver les phares en bon état afin de respecter leur caractère patrimonial.

*[Traduction]*

Les coûts associés à la remise en état des phares suivant des normes raisonnables représentent un impact financier majeur pour le MPO. Nous n'avons pas eu l'occasion d'évaluer ces coûts, mais nous croyons qu'ils seraient élevés, probablement dans les dizaines de millions de dollars. De toute façon, le MPO n'aurait d'autre choix pour couvrir ces coûts que d'utiliser les ressources allouées à la Garde côtière ou à d'autres programmes.

De plus, avec la loi proposée — et je crois que les parrains de ce projet de loi ont signalé cet aspect —, le nombre de phares patrimoniaux pourrait être beaucoup plus élevé que ce qu'il est présentement en vertu des lignes directrices de la politique du patrimoine.

Nous ne savons pas pour le moment quels critères utilisera le ministre pour désigner un phare comme phare patrimonial, mais il risque d'y avoir une augmentation du nombre de désignations, laquelle s'accompagnera de nouvelles obligations du MPO liées à l'entretien de ces phares, obligations qui, comme je l'ai déjà mentionné, n'ont pas encore été définies.

Enfin, le projet de loi fait qu'il pourrait dorénavant être plus difficile pour le MPO de se départir des phares dont il n'a plus besoin. Le processus d'aliénation serait plus compliqué et plus long. D'après ce que nous comprenons, toute action visant l'aliénation d'un phare patrimonial devrait être approuvée par le ministre du Patrimoine canadien. Toute opposition à une telle action pourrait obliger le ministre à tenir des consultations publiques avant de pouvoir prendre une décision.

*[Français]*

En obligeant le MPO à maintenir en bon état tous les phares patrimoniaux dont il a la garde, qu'ils soient utilisés ou non, le projet de loi S-7 n'encourage pas les collectivités ou autres ordres de gouvernement à se porter acquéreur de ces phares. La préservation des phares serait, en vertu de la loi, la responsabilité du MPO.

*[Traduction]*

Par ailleurs, les normes relatives à l'entretien des phares patrimoniaux pourraient décourager beaucoup de collectivités qui auraient pu être intéressées à en faire l'acquisition. Ces dernières pourraient hésiter à accepter ces nouvelles obligations financières à moins que le gouvernement fédéral ne s'engage à leur offrir un appui financier.

Pour terminer, je tiens à vous remercier de l'occasion de vous présenter notre point de vue et à réitérer que, malgré ces préoccupations, le MPO appuie certainement les objectifs du projet de loi.

**The Chairman:** I wonder if I can just summarize what I heard you say. If I am wrong, please tell me. Parks Canada agrees in principle with the bill but is concerned about the fact it could impose some cost on them. I should tell you, by the way, that if we had introduced a bill that dealt directly with the cost, it would have been ruled out of order because you cannot initiate a money bill in the Senate. Heritage Canada did not take a position but gave a lengthy description of a new bill that might or might not appear at some time in the future. DFO supports the objectives and is happy to do all the off-loading it possibly can, but does not have any money to deal with the costs that might be imposed on it by this bill. Is that a fairly accurate summary of what was said? I am asking the question seriously.

**Mr. Da Pont:** I would not have chosen those words, Mr. Chairman, but I agree.

**The Chairman:** The essence of my summary was about right. I wanted to make sure I understood it. I do not have any other questions. The interesting part of this is that there are no objections in principle to the bill from anyone. The concern is, first, money, which, by the way, I would be worried about too if I were in your shoes, but that is not our problem. Second, there is a belief that it might be better handled under the proposed new legislation. When I look at all the bills stuck on the Order Paper on the other side and the fact that there will be a new government and a possible election, who the heck knows when any new piece of legislation may come along? I also understand the department's position. I wanted to make sure I had it reasonably well summarized.

**Ms. Elliot-Sherwood:** If I could add, Mr. Chairman, the department does support the bill in principle and echoes the cost issues noted by colleagues.

**The Chairman:** Do any of my colleagues have any questions, or did I recite a reasonable summary? Thank you all for coming.

We were about to switch to witnesses from the East Coast and the West Coast, but the clerk tells me we lost the connection. This was not an Air Canada flight. We cannot blame Mr. Milton for this one. This is a technological issue. We will give it two minutes. If that does not work, we will just proceed.

Senators, while we are waiting, I would like to have a member of the committee move a motion. This relates to the need for a small budget for the public health emergency infrastructure study. Let me remind you that we returned \$10,000 to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration that we did not spend on the mental health study. The purpose of this motion is to get the \$10,000 back. Therefore, we are not asking for an increase in their allocation to us. In view of the fact that the exact terms of reference of the proposed order have not gone through the Senate but will tomorrow, the motion that we need is as follows: That the committee empower the subcommittee on agenda and procedure, which is the steering committee, to present a budget request to the Internal Economy Committee and

**Le président:** Je me demande si je pourrais seulement résumer ce que je vous ai entendu dire. Si je me trompe, je vous prie de me corriger. Parcs Canada accepte en principe le projet de loi, mais est préoccupé par les coûts qu'il pourrait lui imposer. Je devrais vous dire, en passant, que si nous avions présenté un projet de loi portant directement sur les coûts, on l'aurait déclaré irrecevable, car on ne peut présenter un projet de loi de finance au Sénat. Patrimoine canadien n'a pas pris position, mais le ministère a présenté une description détaillée d'un nouveau projet de loi qui est susceptible d'être présenté ultérieurement. Le MPO appuie les objectifs du projet de loi et est heureux de se départir du plus grand nombre possible d'actifs inutiles, mais ne dispose pas des fonds nécessaires pour assumer les coûts qui pourraient découler de ce projet de loi. Est-ce que cela résume assez bien votre position? Je pose la question sérieusement.

**M. Da Pont:** Je ne l'aurais pas exprimé de cette façon, monsieur le président, mais je suis d'accord.

**Le président:** L'essentiel de mon résumé est assez fidèle. Je voulais m'assurer de comprendre. Je n'ai aucune autre question. Il est intéressant de souligner que tout le monde appuie en principe le projet de loi. La première préoccupation est l'argent, ce qui, en passant, m'inquiéterait aussi, si j'étais à votre place, mais ce n'est pas notre problème. Deuxièmement, on croit que la situation serait peut-être mieux gérée sous le régime du projet de loi proposé. Par contre, lorsqu'on envisage le nombre de projets de loi figurant au *Feuilleton* et la venue imminente d'un nouveau gouvernement, et peut-être d'une élection, qui sait quand un nouveau projet de loi sera présenté? Je comprends aussi la position du ministère. Je voulais seulement m'assurer de l'avoir assez bien résumée.

**Mme Elliot-Sherwood:** J'aimerais ajouter, monsieur le président, que le ministère appuie en principe le projet de loi et partage les préoccupations soulevées en ce qui concerne les coûts.

**Le président:** Est-ce que mes collègues ont d'autres questions, ou ai-je bien résumé la chose? Je vous remercie d'être venus.

Nous allions passer à des témoins de la côte Est et de la côte Ouest, mais le greffier me dit que nous avons perdu la connexion. Il ne s'agissait pas d'un vol d'Air Canada. Nous ne pouvons blâmer M. Milton cette fois-ci. C'est un problème technologique. Nous essaierons de nouveau dans deux minutes, et si cela ne fonctionne pas, nous passerons à autre chose.

Sénateurs, pendant que nous attendons, j'aimerais qu'un membre du comité présente une motion. Cela concerne le besoin de prévoir un petit budget pour l'étude sur l'infrastructure de mesures d'urgence en santé publique. Laissez-moi vous rappeler que nous avons retourné au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration une somme de 10 000 \$ que nous n'avions pas dépensée dans le cadre de l'étude sur la santé mentale. Cette motion a pour but de récupérer les 10 000 \$. Par conséquent, nous ne demandons pas une augmentation des sommes qui nous sont allouées. Puisque les paramètres exacts du mandat proposé n'ont pas encore été entendus par le Sénat, mais le seront demain, la motion dont nous avons besoin doit dire ce qui suit: Que le comité habilite le



to the Senate of up to \$10,000 on the proposed order of reference on public health emergency infrastructure, once this order is adopted by the Senate.

**Senator Morin:** I will move it.

**The Chairman:** That is fine.

Honourable senators, we are still waiting, so I will just brief you on several other things. The steering committee met last week and worked out two hearing schedules for the public health infrastructure study. One hearing schedule is based on the assumption that the Senate reconvenes, as the parliamentary calendar would call for, on September 16, and the second schedule is based on the assumption that we will reconvene a week later. The clerk, once he gets the program hooked up, will give them to you.

Let me explain that under any scenario, if in fact the Senate does not sit, we will do an extensive set of hearings on Tuesday, Wednesday, Thursday, September 16, 17 and 18. Whether the Senate sits or not, we are sitting. That is the first point. The second point is that we have had to include one or two Mondays, depending on whether the Senate sits or does not sit that week. Would you please put those dates in your book? We will begin, in any event, the week of September 15.

Do we need a motion to sit the week of September 16 in case we do not come back? I will ask the clerk to deal with Senator LeBreton and make sure that whatever needs to be done gets done tomorrow.

**Senator LeBreton:** We have been talking in caucus about sitting over the summer. That was one reason why they stood our motion. They thought we would be meeting over the summer. I said we were not. It was all about availability.

**The Chairman:** Can you speak to Senator Robichaud about that?

**Senator LeBreton:** I will speak to Senator Kinsella. I think we can make the argument that we were basing it on the parliamentary calendar.

**The Chairman:** That is right. We were due to be back, and the House of Commons will be back.

We now have our connections. I urge the witnesses to be brief because we do have some time constraints. Mr. Delgado, would you give us your thoughts on the bill, please.

**Mr. James P. Delgado, Executive Director, Vancouver Maritime Museum:** Honourable senators, I speak to you today not so much as the director of the maritime museum, but as the former head of maritime preservation for the U.S. government and as the implementer of a similar bill that the United States Congress tasked us with in 1987.

Sous-comité du programme et de la procédure, c'est-à-dire le comité de direction, à présenter au Comité de la régie interne et au Sénat une demande de crédits budgétaires de jusqu'à 10 000 \$ liée au projet d'un mandat sur l'infrastructure de mesures d'urgence en santé publique, lorsque ce mandat aura été adopté par le Sénat.

**Le sénateur Morin:** Je le propose.

**Le président:** C'est d'accord.

Honorables sénateurs, nous attendons toujours, alors je profite de l'occasion pour vous informer de plusieurs autres questions. Les membres du comité de direction se sont réunis la semaine dernière et ont établi deux calendriers d'audiences pour l'étude sur l'infrastructure de mesures d'urgence en santé publique. Le premier calendrier d'audience est fondé sur l'hypothèse selon laquelle le Sénat reprendra ses activités le 16 septembre, tel que prévu dans le calendrier parlementaire, et le deuxième calendrier se fonde sur l'hypothèse selon laquelle nous reprendrons les activités une semaine plus tard. Lorsqu'il aura rétabli la connexion, le greffier vous remettra ces calendriers.

Laissez-moi expliquer que, dans les deux cas, que le Sénat siège ou non, nous tiendrons un ensemble d'audiences le mardi 16, le mercredi 17 et le jeudi 18 septembre. Que le Sénat siège ou non, nous siégerons. C'est le premier point. Le deuxième point, c'est que nous avons dû ajouter un ou deux lundis, selon que le Sénat siège ou pas cette semaine-là. Je vous prierais d'indiquer ces dates dans votre agenda. De toute façon, nous commencerons au cours de la semaine du 15 septembre.

Devons-nous adopter une motion pour siéger au cours de la semaine du 16 septembre, au cas où nous ne reviendrions pas? Je demanderai au greffier de communiquer avec le sénateur LeBreton et de veiller à ce que tout ce qui doit être fait soit fait demain.

**Le sénateur LeBreton:** Nous avons parlé de siéger pendant l'été. C'est l'une des raisons pourquoi ils ont réservé notre motion. Ils croyaient que nous allions nous réunir pendant l'été. J'ai dit que ce n'était pas le cas. C'est une question de disponibilité.

**Le président:** Pouvez-vous en parler au sénateur Robichaud?

**Le sénateur LeBreton:** J'en parlerai au sénateur Kinsella. Je crois que nous pouvons faire valoir que nous nous étions fondés sur le calendrier parlementaire.

**Le président:** C'est d'accord. Nous devons être de retour, et la Chambre des communes sera de retour.

La connexion est rétablie. J'invite les témoins à être brefs, car nous avons peu de temps. Monsieur Delgado, veuillez s'il vous plaît nous présenter votre point de vue sur le projet de loi.

**M. James P. Delgado, directeur exécutif, Vancouver Maritime Museum:** Honorables sénateurs, je m'adresse à vous aujourd'hui, pas tant à titre de directeur du musée maritime qu'à titre d'ancien chef de la préservation maritime pour le gouvernement américain et à titre de responsable de l'exécution d'un projet de loi similaire qui nous avait été confié par le congrès américain en 1987.

What I find encouraging is that both the proposed legislation before you and the legislation that the Americans considered took existing federal programs, tasked them with an initiative, provided a small amount of funding and encouraged public and private sector partnership.

We surveyed every historic lighthouse, as well as every historic ship and historic site in the United States, with a staff of three, over a period of four years.

We utilized existing criteria and programs similar to those of Parks Canada and designated a number of sites as registered and as classified sites.

While some 70 per cent of the lighthouses in the inventory were designated under the National Register of Historic Places, a much smaller number were actually put on the National Historic Landmark list, which would be similar to National Historic Site status.

The most significant aspect of that legislation was the recommendation that we encourage public and private sector partnerships. The key to that was the development of a lighthouse-granting program, where we provided \$1 million to various heritage lighthouses throughout the United States and its territories. In its first year, that generated \$20 million in non-federal support, primarily from the not-for-profit sector, from granting agencies and foundations, which made a big difference in the preservation of lighthouses.

We did encourage the transfer of federal responsibility whenever possible, so that people could find other uses, for example, as museums, not-for-profit bed and breakfasts and the like. That also proved key to the preservation of many of these lighthouses.

In closing, echoing the comments of both the Department of Canadian Heritage and DFO, I support this bill. It is critical and key to the preservation of Canada's lighthouses. I would encourage you to consider providing some amount of funding for these programs to be implemented.

I would also encourage you to recognize that while both of these existing government departments have mandates that encompass these heritage lighthouses, the mandate of DFO in particular, while focused on other areas, could be augmented with support from Canadian Heritage and other outside partners.

**Mr. Dan Conlin, Curator of Marine History, Maritime Museum of the Atlantic:** Honourable senators, I am an historian working at the Maritime Museum in Halifax. I hear a lot from community groups who need help with research to preserve their lighthouses and to navigate the various federal channels, and who are trying to get federal heritage status for their sites. As a result, I am all too familiar with the shortcomings of the existing rules.

Je crois qu'il est encourageant de constater que le projet de loi qui vous est présenté et celui que les Américains vont examiner misent sur des programmes fédéraux existants, chargent ces programmes d'exécuter une initiative, prévoient un peu de financement et encouragent le partenariat avec les secteurs public et privé.

Au cours d'une période de quatre ans, nous avons examiné chaque phare historique, ainsi que tout navire et site historique aux États-Unis, avec un personnel constitué de trois personnes.

Nous avons utilisé des critères et des programmes similaires à ceux de Parcs Canada, et nous avons désigné un certain nombre de sites à titre de site inscrit et de site classifié.

Même si quelque 70 p. 100 des phares recensés étaient désignés dans le National Register of Historic Places, un nombre encore plus modeste de sites ont été versés dans le National Historic Landmark List, qui procure un statut analogue à celui des Lieux historiques nationaux.

L'aspect le plus important de ce projet de loi concernait la recommandation d'encourager le partenariat avec les secteurs public et privé. L'élément clé de cette démarche était la création d'un programme de cession de phare dans le cadre duquel on versait 1 million de dollars aux divers phares patrimoniaux se trouvant aux États-Unis et sur ses territoires. Au cours de la première année, l'initiative a permis de générer 20 millions de dollars de soutien non fédéral, principalement du secteur des organismes sans but lucratif, des organismes subventionnaires et des fondations, ce qui a contribué énormément à la préservation des phares.

Nous avons encouragé le transfert de la responsabilité fédérale lorsque cela était possible, de façon à ce que les gens puissent utiliser les phares à d'autres fins, à titre, par exemple, de musée, de gîte du passant sans but lucratif, et d'autres établissements du genre. Cela s'est aussi révélé un aspect essentiel à la préservation d'un grand nombre de ces phares.

Pour terminer, je me joins aux ministères du Patrimoine canadien et des Pêches et Océans en appuyant ce projet de loi. Il est essentiel à la préservation des phares du Canada. Je vous encourage à envisager l'octroi de financement pour l'exécution de ces programmes.

Je vous encourage aussi à reconnaître que, même si le mandat de ces ministères gouvernementaux concerne ces phares patrimoniaux, celui du MPO en particulier, même s'il s'attache à d'autres domaines, pourrait prendre de l'ampleur, avec le soutien de Patrimoine canadien et d'autres partenaires externes.

**M. Dan Conlin, conservateur, histoire maritime, Musée maritime de l'Atlantique:** Honorables sénateurs, je suis un historien qui travaille au musée maritime à Halifax. J'entends beaucoup de groupes communautaires dire qu'ils ont besoin d'aide avec leurs recherches pour préserver leurs phares et naviguer les divers canaux fédéraux, et qui tentent d'obtenir pour leurs installations le statut de patrimoine fédéral. Ainsi, je ne connais que trop bien les lacunes des règles existantes.



Just a brief word about the historical significance of lighthouses — Canada has a unique achievement worldwide in this. We were a tiny nation in 1867 with the world's largest coastline. We inherited a small number of colonial lighthouses. We developed a unique Canadian way of building hundreds and hundreds of wooden lighthouses, in contrast to the big stone towers that the Europeans and Americans adopted, and staffed them with families. They were community based, unlike the quasi-military corps of lighthouse-keepers that you see in Europe.

We built a unique network of lighthouses that are fundamentally landmarks. They are landmarks for navigators, but also they demarcate our coastline. They are a very special heritage property and we think they deserve special recognition.

I would like to point out some of the flaws in the existing federal system. The departments from whom you heard previously have laid it out. The historic sites and monuments declaration is mainly an honorific. You receive a plaque but there is no protection of the building or the site. The classified FHBRO status protects the building from demolition or defacement, but it has only been awarded to 22 lighthouses. Speaking from experience, it is impossible now to get a lighthouse classified with FHBRO status.

That leaves you with the recognized status, which gives partial protection for lighthouses. You have to review it before you tear it down. That has only been doled out to 104. The number you did not hear from FHBRO is they rejected 161 lighthouses for any heritage protection. For every one lighthouse in Canada that gets classified status, seven are rejected and left to the wolves.

That compares very poorly with the United States where over 70 per cent of lighthouses over 50 years old have protection under the National Register of Historic Places. There seems to be a different philosophy in Ottawa, whereby you look for a small number of elite examples of lighthouses and reject all the others. In the United States, if a lighthouse is important to its community, it gets the recognition and protection.

To speak to the bill directly, we are pleased that it designates lighthouses as a keystone, an important national heritage symbol.

There are lighthouses not just on the Atlantic and Pacific coasts, but also all up the St. Lawrence River and into the Great Lakes. Every province in Canada, with the exception of two, has lighthouses. In fact, Canada has the second largest number of lighthouses. They are truly national structures. We appreciate the fact that some attention is being given to lighthouses; that they are being singled out, much as railway stations were, with their own proposed legislation.

J'aimerais seulement dire quelques mots sur l'importance historique des phares — le Canada s'est particulièrement démarqué à cet égard. En 1867, nous étions une nation minuscule, dotée du plus long littoral au monde. Nous avons hérité d'un nombre modeste de phares coloniaux. Nous avons adopté une façon canadienne de fabriquer des centaines et des centaines de phares en bois, faisant contraste aux grandes tours de pierre adoptées par les Européens et les Américains, et nous les avons confiées à des familles. Il s'agissait de phares communautaires, contrairement au corps quasi militaire de gardiens de phare qu'on voyait en Europe.

Nous avons bâti un réseau unique de phares qui sont fondamentalement des repères. Ce sont des repères pour les navigateurs, mais ils permettent aussi de démarquer notre littoral. Ils constituent un patrimoine très spécial, et nous croyons qu'ils méritent une reconnaissance spéciale.

J'aimerais porter à votre attention certaines des lacunes du système fédéral actuel. Les ministères dont vous avez entendu le témoignage l'ont déjà dit. La déclaration relative aux lieux et monuments historiques est surtout honorifique. On vous remet une plaque, mais il n'y a aucune protection du bâtiment ou du lieu. Le statut employé par le BEEFP protège le bâtiment de la démolition ou de la détérioration, mais on ne l'a attribué qu'à 22 phares. À la lumière de mon expérience, il est impossible, à l'heure actuelle, d'obtenir pour un phare ce statut auprès du BEEFP.

Ce qui vous laisse avec le statut de lieu ou de monument reconnu, ce qui procure une protection partielle aux phares. Il faut revoir cela avant de l'éliminer. Ce statut n'a été octroyé qu'à 104 phares. Toutefois, le chiffre que le BEEFP ne vous a pas fourni, c'est qu'il a refusé à 161 phares toute protection patrimoniale. Pour chaque phare canadien qui obtient le statut de lieu protégé, sept sont rejetés et laissés à eux-mêmes.

C'est une comparaison très peu reluisante avec les États-Unis, où plus de 70 p. 100 des phares âgés de plus de 50 ans sont protégés en vertu du National Register of Historic Places. À Ottawa, on semble appliquer un principe différent, selon lequel on trouve un petit nombre de phares qui se démarquent, et on rejette tous les autres. Aux États-Unis, si un phare a de l'importance pour sa collectivité, on lui accorde la reconnaissance et la protection.

En ce qui concerne le projet de loi en soi, nous sommes heureux de constater qu'il désigne les phares à titre de symboles patrimoniaux nationaux importants et essentiels.

On trouve des phares non seulement sur les côtes atlantique et pacifique, mais aussi tout le long du fleuve Saint-Laurent et autour des Grands Lacs. Toutes les provinces canadiennes, sauf deux, ont des phares. De fait, le Canada est le deuxième pays en importance au chapitre du nombre de phares. Il s'agit vraiment d'une structure nationale. Nous sommes heureux qu'on porte attention aux phares, qu'on s'attache à leur situation particulière, tout comme on l'avait fait avec les gares ferroviaires, sous le régime d'un autre projet de loi.



We are pleased that this bill would apply to both federal lighthouses and those that are owned by other levels of government, by community groups and privately. Current protection under FHBRO evaporates the moment a lighthouse is transferred to another level of government.

The moment the 124 lighthouses that have federal protection are transferred to a municipality, that protection just evaporates. Lighthouses are in a weird Catch-22. You cannot apply provincial or municipal status to them because they are exempt as federal structures, but the moment their ownership changes, all the protection disappears.

We are pleased that this bill is shifting the focus from the Canadian Coast Guard to the Department of Canadian Heritage, who, we feel, have not been adequately looking at lighthouses. They have been leaving it to the Coast Guard, which has all sorts of safety responsibilities to compete with the cultural responsibilities. We are pleased that Canadian Heritage is more involved.

We are also pleased that it includes not just lighthouses, but has a very good definition that includes the light station, the parcel of land, the alarms, the keeper dwellings, which are very important structures as well and key to the financial stability of these sites in terms of becoming bread and breakfasts, tourism information centres and other types of things that would generate revenue.

The proposed bill sets out a much more public process to examine lighthouses. Lighthouses can be petitioned for; there can be a public hearing if there are objections. The current FHBRO system is very secretive. Most community groups have no idea that their lighthouse is being examined by FHBRO bureaucrats in Ottawa, who usually hire researchers somewhere in Ottawa or another part of Canada who never visit the lighthouse and, up until recently, do not speak to anyone who lives anywhere near it. That is a terrible example.

**The Chairman:** Are you exaggerating to make a point? I cannot believe you are serious.

**Senator Carney:** It is true.

**The Chairman:** That is the process?

**Mr. Conlin:** I cannot tell you how many community groups I have had phone calls from saying that they would like their lighthouse to have federal protection. Then I look at the list from FHBRO and I see that their lighthouse was looked at in 1993 and rejected. Architects and researchers in Ottawa drive the FHBRO system internally. Until very recently, no phone calls were even made to community groups. The system is flawed in that way.

In the last three years, ironically, soon after the original Bill S-21 was introduced, we have received more phone calls from FHBRO researchers wanting to talk to people in the community.

Nous sommes heureux que ce projet de loi s'applique tant aux phares des autres ordres de gouvernement, des groupes communautaires et des intérêts privés qu'aux phares fédéraux. La protection actuellement offerte par le BEEFP disparaît à l'instant même où un phare est cédé à un autre ordre de gouvernement.

À l'instant même où les 124 phares jouissant d'une protection fédérale sont cédés à une municipalité, cette protection part en fumée. Les phares se retrouvent dans une impasse des plus bizarres. On ne peut leur attribuer un statut provincial ou municipal, car ils sont exemptés à titre de structure fédérale, mais au moment même où ils changent de main, toute la protection disparaît.

Nous sommes heureux du fait que ce projet de loi déplace la responsabilité de la Garde côtière canadienne au ministère du Patrimoine canadien, lequel, selon nous, ne s'est pas penché de façon adéquate sur la question des phares. Il s'est contenté de laisser cet aspect à la Garde côtière, laquelle doit composer avec une foule de responsabilités liées à la sécurité, ce qui fait concurrence aux responsabilités culturelles. Nous sommes heureux que Patrimoine canadien joue un rôle accru.

Nous nous réjouissons aussi du fait que la définition comprenne non seulement le phare, mais aussi la station de phare, le terrain, les alarmes et l'habitation du gardien, car il s'agit aussi de structures très importantes, essentielles à la stabilité financière de ces lieux pour ce qui est de devenir des gîtes du passant, des centres d'information touristique et d'autres types d'établissement qui pourraient générer des revenus.

Le projet de loi proposé établit un processus beaucoup plus public en vue d'examiner les phares. Ils peuvent faire l'objet d'une pétition; on peut tenir une audience publique si certains soulèvent des objections. Le système actuel du BEEFP est très opaque. La plupart des groupes communautaires ignorent totalement que leur phare fait l'objet d'un examen par des bureaucrates du BEEFP à Ottawa, qui retiennent généralement les services de chercheurs de quelque part à Ottawa ou d'une autre région canadienne qui ne visitent jamais le phare et qui, jusqu'à tout récemment, ne consultent aucune personne vivant tout près du phare. C'est un exemple terrible.

**Le président:** Est-ce que vous exagérez pour mieux illustrer votre argument? J'ai peine à croire que vous soyez sérieux.

**Le sénateur Carney:** C'est vrai.

**Le président:** C'est comme cela qu'on fonctionne?

**M. Conlin:** Je ne peux vous dire combien de groupes communautaires m'ont téléphoné pour me dire qu'ils aimeraient que leur phare jouisse d'une protection fédérale. Ensuite, je consulte la liste du BEEFP et je constate que leur phare a été examiné en 1993 et ensuite rejeté. Les architectes et les chercheurs à Ottawa dirigent le système du BEEFP à l'interne. Jusqu'à tout récemment, on ne téléphonait même pas aux groupes communautaires. C'est une lacune du système.

Ironie du sort, au cours des trois dernières années, peu après le dépôt du projet de loi S-21 original, nous avons commencé à recevoir davantage d'appels téléphoniques de chercheurs du



The situation has improved a little. That level of community support is not really part of the FHBRO system at all now. One of the better things about this proposed legislation is that it is more public.

To go to a few weaknesses of the bill: We are curious about the designation process. It puts the designation into the historic sites and monuments system, but we are concerned that the FHBRO backlog would transfer to the historic sites and monuments backlog. We are curious how that system would work and be resourced.

The bill does not address the issue of disposal and ownership. Perhaps that is outside it. Currently, many community groups who want lighthouses are faced with the prospect of buying at market value.

That is how the Canadian system works. It is different from the British system, where the government keeps all the lighthouses and leases or licences them. It is different from the American system, where lighthouses are transferred to community groups for a nominal fee.

The Canadian Treasury Board approach has been that lighthouses are valuable properties and should be sold to make money for the Canadian taxpayer. It has only been through some innovative arrangements by Coast Guard officials that communities have been able to slowly take over lighthouses.

There is a disposal issue there that is not addressed in the bill but we still think is important. That is why I am raising it now.

That sums up the broad view of our society on the bill. I am here with Mr. MacDonald, who would like to share a thought or two as well.

**Mr. Barry MacDonald, President, Nova Scotia Lighthouse Preservation Society:** Honourable senators, I would like to thank Senator Forrestall for picking up the ball for us on this one. When we first started this process in 1999, of all the politicians who were canvassed, he came forward. We would like to thank him very much for that.

We would also like to thank Senator Carney for her work and support. Thank you indeed to everyone who has worked on and is supporting this bill.

**The Chairman:** Senators, we were to hear also from Mr. Brian Anthony, the Executive Director of the Canadian Heritage Foundation, who has given us a brief. However, in the interest of time, he kindly agreed to pass so that we could hear from the people from the coast.

Do we have any questions for our witnesses in British Columbia and Nova Scotia?

Thank you for your presentation. The technology worked, with a little hitch.

BEEFP qui souhaitaient parler aux gens de la collectivité. La situation s'est améliorée un peu. Un tel niveau de soutien communautaire ne fait pas vraiment partie du système actuel du BEEFP. L'une des améliorations qu'apporte ce projet de loi proposé, c'est qu'il est plus public.

J'aimerais maintenant mentionner quelques faiblesses du projet de loi: nous sommes curieux au sujet du processus de désignation. Le projet de loi attribue la désignation au système des lieux et monuments historiques, mais nous craignons que l'arriéré de travail du BEEFP ne soit versé dans l'arriéré de travail à l'égard des lieux et monuments historiques. Nous aimerions savoir comment ce système fonctionnerait, et comment il serait doté en ressources.

Le projet de loi n'aborde pas la question de la cession et de la propriété. Peut-être échappe-t-elle à la portée du projet de loi. À l'heure actuelle, de nombreux groupes communautaires voulant acquérir un phare doivent l'acheter au prix du marché.

Voilà comment fonctionne le système canadien. Il est différent du système britannique, où le gouvernement conserve tous les phares et les loue ou accorde des licences d'utilisation. Il est différent du système américain, où les phares sont cédés à des groupes communautaires pour un prix minime.

Le Conseil du Trésor du Canada estime que les phares sont des biens de grande valeur et qu'on devrait les vendre pour faire de l'argent pour le contribuable canadien. C'est uniquement grâce à des initiatives novatrices d'agents de la Garde côtière que des communautés ont pu lentement prendre en charge les phares.

La cession est un enjeu qui n'est pas abordé dans le projet de loi, mais nous croyons néanmoins qu'il est important. Voilà pourquoi je soulève la question maintenant.

Cela résume l'opinion générale de notre société sur le projet de loi. Je suis accompagné de M. MacDonald, qui aimerait aussi vous faire part des fruits de sa réflexion.

**M. Barry MacDonald, président, Nova Scotia Lighthouse Preservation Society:** Honorables sénateurs, je tiens à remercier le sénateur Forrestall de nous avoir rendu la tâche plus facile à l'égard de cet enjeu. Quand nous avons déclenché ce processus en 1999, de tous les politiciens pressentis, il s'est porté volontaire. Nous voulons le remercier chaleureusement.

Nous voulons aussi remercier le sénateur Carney de son travail et de son soutien. Merci à tout le monde qui a travaillé sur ce projet de loi et qui l'appuie.

**Le président:** Sénateurs, nous devons aussi entendre le témoignage de M. Brian Anthony, directeur général de la Fondation Héritage Canada, qui nous a soumis un mémoire. Toutefois, puisque nous manquons de temps, il a gentiment accepté de renoncer à son témoignage afin que nous puissions entendre celui de gens de la côte.

Avons-nous des questions pour nos témoins de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse?

Merci de votre exposé. La technologie a fonctionné, malgré quelques accrocs.

**Senator Carney:** We would like to thank the witnesses for their patience in waiting through our technological difficulties and for their input.

**The Chairman:** I am glad that you were hooked in from the beginning and were able to hear the other presentations.

Honourable senators, do you wish to do clause-by-clause consideration or dispense with it?

**Senator Cordy:** I have one concern with the bill. It regards clause 8(2)(b). I still have concerns that if someone were to petition after the two-year period, it would not be received. That is unfortunate because that is not your intent. I am not a legal expert, but I read it that you have to petition the minister within two years.

**Senator Carney:** We considered that. We wanted to set timelines because these buildings are deteriorating. As our DFO witness has pointed out, they are not really maintaining these buildings up to a standard.

We have already said that the flexibility clause is clause 7, which says that the minister may consider a petition at any time, taking into account prescribed criteria. We have set the time frame, but there is an escape clause.

**Senator Morin:** From what we have heard from the government witnesses here, is there any danger that this could be considered a money bill?

**The Chairman:** No, because it is simply adjusting a program that already exists. Therefore, it does not meet the test of a money bill.

**Senator Forrestall:** I would draw Senator Cordy's attention to clause 20, coming into force. The actual coming into force is two years after the day the bill is assented to or on an earlier day fixed by order of the Governor in Council. I am suggesting it is two years after this comes into effect. That could be some considerable time.

Should the bill be accepted in principle by government, it would be up to the groups such as we heard from on the coasts and others to take the actions necessary to get the petition sent to the minister. The five-year period would then start.

**The Chairman:** Honourable senators, is it your pleasure to proceed to clause by clause or dispense with clause by clause?

**Hon. Senators:** Dispense.

**The Chairman:** Is it the desire of honourable senators that the bill be reported to the Senate without amendment?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Can I do that tomorrow?

**Hon. Senators:** Agreed.

**Le sénateur Carney:** Nous tenons à remercier les témoins de leur patience devant nos difficultés techniques, ainsi que de leur participation.

**Le président:** Je suis heureux que vous ayez été branchés dès le début et ayez eu la possibilité d'entendre les autres témoignages.

Honorables sénateurs, souhaitez-vous procéder à un examen détaillé du projet de loi ou y renoncer?

**Le sénateur Cordy:** J'ai une préoccupation à l'égard du projet de loi, en ce qui concerne l'alinéa 8(2)b). Je crains toujours qu'une personne qui présente une pétition après la période de deux ans ne soit pas entendue. C'est malheureux, car ce n'est pas votre intention. Je ne suis pas juriste, mais je crois comprendre qu'il faut présenter une pétition au ministre dans les deux ans.

**Le sénateur Carney:** Nous avons pensé à cela, nous voulions fixer des échéances, car ces bâtiments se détériorent. Comme l'a signalé notre témoin du MPO, ce ministère n'entretient pas vraiment ces bâtiments autant qu'on pourrait le souhaiter.

Nous avons déjà mentionné que c'est l'article 7 qui procure toute la souplesse nécessaire, car il prévoit que le ministre peut envisager une pétition en tout temps, compte tenu des critères prescrits. Nous avons fixé une échéance, mais il y a une clause d'exception.

**Le sénateur Morin:** D'après ce que nous avons entendu des témoins gouvernementaux, y a-t-il un risque que le projet de loi soit considéré comme un projet de loi de finances?

**Le président:** Non, car il s'agit simplement d'apporter des modifications à un programme qui existe déjà. Par conséquent, il ne satisfait pas aux critères permettant de déterminer s'il s'agit d'un projet de loi de finances.

**Le sénateur Forrestall:** J'aimerais attirer l'attention du sénateur Cordy sur l'article 20, qui porte sur l'entrée en vigueur. L'entrée en vigueur réelle se produit deux ans après la sanction du projet de loi, ou à une date antérieure, fixée au moyen d'une ordonnance du gouverneur en conseil. J'avancerais que c'est deux ans après l'entrée en vigueur. Cela me semble un délai considérable.

Si le projet de loi devait être accepté en principe par le gouvernement, il incomberait aux groupes côtiers comme ceux que nous avons entendus ainsi qu'à d'autres groupes de prendre les mesures nécessaires pour acheminer la requête au ministre. Ensuite, la période de cinq ans commencerait.

**Le président:** Honorables sénateurs, voulez-vous procéder à l'examen article par article ou y renoncer?

**Des voix:** Y renoncer.

**Le président:** Les honorables sénateurs souhaitent-ils que le projet de loi soit présenté au Sénat sans modification?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Puis-je faire cela demain?

**Des voix:** D'accord.



**The Chairman:** I have two other quick items of information for you. Between Senator LeBreton and Senator Cordy dealing with our respective leaderships, we will get approval to sit the week of September 15, even if the Senate is not back. We will get that done through the Senate tomorrow.

I spent a few hours with David Naylor, the Dean of the University of Toronto medical school, who is heading the SARS study, to make sure that our work would dovetail. He is extremely enthusiastic about what we are doing.

His report will be available before the middle of August. It will be perfect input for us. We have worked with his staff and ours are to work with him. We will know his major recommendations before they become public. We had a very good meeting.

**Senator LeBreton:** He is basically Ontario centred.

**The Chairman:** He is specifically looking at SARS, but in the course of that he will be making comments on the broad infrastructure that he thinks will be useful to us. He is right. He will have done a lot of background work that will be useful to us. That is where that stands.

I also had a very successful meeting with Patrick Monahan, Stanley Hart and Earl Cherniak on our other project. This is a pro bono effort on their part, but we will need a little money for technical services. I suggest that if everyone throws a little into the pot, we can handle that. It is not expensive.

**Senator Keon:** Honourable senators, as you probably know, I was appointed to the provincial committee yesterday. David Walker will be chairing that committee. I will give you this e-mail. I think that it would be worth your while to contact him also.

**The Chairman:** He is from Queens, is he not?

**Senator Keon:** Dean of Emergency Medicine.

**Senator Morin:** What committee is that?

**The Chairman:** The Ontario provincial equivalent of the Naylor committee.

**Senator Morin:** Is that a judicial committee?

**Senator Keon:** The judicial committee will interface with this committee. This committee will do an exhaustive review of infectious disease control in Ontario.

**Senator LeBreton:** The provincial committee is on SARS. Yours is a much broader mandate, is it not?

**Senator Keon:** That is correct.

**The Chairman:** That is a good idea. David Naylor was very enthusiastic about the ideas that they will put out in the middle of the summer. He was concerned that given the various other events that will transpire in Ottawa over the next six months, the issue

**Le président:** J'aimerais rapidement vous faire part de deux autres éléments d'information. Les sénateurs LeBreton et Cordy communiqueront avec nos dirigeants respectifs, et nous obtiendrons l'autorisation de siéger au cours de la semaine du 15 septembre, même si le Sénat n'est pas de retour. Nous obtiendrons l'autorisation du Sénat demain.

J'ai passé quelques heures avec David Naylor, le doyen de l'école de médecine de l'Université de Toronto, qui dirige l'étude sur le SRAS, afin de m'assurer que nos travaux respectifs se rejoignent. Il s'est montré extrêmement enthousiaste à l'égard de ce que nous faisons.

Son rapport sera disponible avant la mi-août. Ce sera une source d'information parfaite pour nous. Nous avons travaillé avec son personnel, et le nôtre travaillera avec lui. Nous prendrons connaissance de ses grandes recommandations avant qu'elles ne soient rendues publiques. Nous avons eu une très bonne rencontre.

**Le sénateur LeBreton:** Ses activités sont essentiellement centrées en Ontario.

**Le président:** Il s'attache particulièrement au SRAS, mais ses travaux s'assortiront de commentaires touchant l'infrastructure générale de ce qu'il estime utile pour nous. Il aura effectué beaucoup de travail contextuel qui nous sera utile. Voilà la situation.

J'ai aussi eu une rencontre très fructueuse avec Patrick Monahan, Stanley Hart et Earl Cherniak concernant notre autre projet. Ils travailleront bénévolement, mais nous aurons besoin d'un peu d'argent pour les services techniques. J'estime que si tout le monde contribue un peu, nous pouvons y parvenir. Ce n'est pas dispendieux.

**Le sénateur Keon:** Honorables sénateurs, comme vous le savez probablement, j'ai été nommé au comité provincial hier. David Walker présidera ce comité. Je vous donnerai son adresse de courriel. Je crois que vous auriez aussi avantage à communiquer avec lui.

**Le président:** Il est de Queen's, n'est-ce pas?

**Le sénateur Keon:** Doyen de la médecine d'urgence.

**Le sénateur Morin:** De quel comité s'agit-il?

**Le président:** L'équivalent provincial du Comité Naylor pour l'Ontario.

**Le sénateur Morin:** S'agit-il d'un comité judiciaire?

**Le sénateur Keon:** Le comité judiciaire entretiendra des liens avec ce comité. Ce comité procédera à un examen exhaustif des mesures de contrôle des maladies infectieuses en Ontario.

**Le sénateur LeBreton:** Le comité provincial se penche sur le SRAS. Le vôtre a un mandat beaucoup plus général, n'est-ce pas?

**Le sénateur Keon:** Tout à fait.

**Le président:** C'est une bonne idée. David Naylor était très enthousiaste au sujet des idées que le comité diffusera vers le milieu de l'été. Il craint que les divers autres événements qui se produiront à Ottawa au cours des six prochains mois occulteront

will fall off the table. His view was that this committee could become the forum for the discussion of all national health issues. That is the way Dean Naylor and his committee see it.

He knows that we may pick up on some of his ideas, although we may not like others. At least it will keep the idea alive and keep the issue going. We should meet with the group from Kingston as well.

Honourable senators, we will meet again on September 16, either because the Senate is sitting or because it is not sitting.

**Senator Carney:** Thank you, senators and witnesses, for the discussion and your support on Bill S-7. This is the third time that Senator Forrestall and I have brought this issue forward, and each time the bill has been improved — we had bills S-43, S-21 and now S-7 — because of the comments of senators. We appreciate your support.

**The Chairman:** We appreciate the fact that the bill was sent to a committee with a large majority of Atlantic Canadians.

The committee adjourned.

cette question. Il estime que ce comité pourrait devenir la tribune de discussions pour tous les enjeux touchant la santé nationale. C'est de cette façon que M. Naylor et son comité voient la chose.

Il sait que nous adopterons peut-être certaines de ses idées, mais que nous n'en aimerons peut-être pas d'autres. Cela permettra à tout le moins de faire circuler l'idée et de maintenir le débat. Nous devrions aussi rencontrer le groupe de Kingston.

Honorables sénateurs, nous nous reverrons de nouveau le 16 septembre, que le Sénat siège ou non.

**Le sénateur Carney:** Merci, sénateurs et témoins, de cette discussion sur le projet de loi S-7, et de votre appui. C'est la troisième fois que le sénateur Forrestall et moi-même soulevons cette question, et le projet de loi s'est amélioré chaque fois — il y a eu les projets de loi S-43, S-21 et maintenant S-7 —, grâce aux commentaires des sénateurs. Nous vous remercions de votre soutien.

**Le président:** Nous sommes heureux que le projet de loi ait été soumis à un comité composé d'une grande majorité de Canadiens de l'Atlantique.

La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Senate of Canada:*

The Honourable J. Michael Forrestall;  
Mr. Joe Varner, Senior Advisor to Senator Forrestall;  
The Honourable Pat Carney, P.C.;  
Ms. Tracey Bellefontaine, Legislative Assistant to Senator Carney.

*From the Department of Canadian Heritage:*

Ms. Lyn Elliot-Sherwood, Acting Executive Director, Heritage;  
  
Mr. Michel Audy, Executive Secretary, Historic Sites and  
Monuments Board of Canada.

*From the Department of Fisheries and Oceans:*

Mr. George Da Pont, Assistant Deputy Minister, Corporate  
Services;  
Mr. Jacques Lorquet, Director, Navigation Systems, CCG.

*From the Vancouver Maritime Museum:*

Mr. James P. Delgado, Executive Director (by videoconference).

*From the Maritime Museum of The Atlantic:*

Mr. Dan Colin, Curator of Marine History (by videoconference).

*From the Nova Scotia Lighthouse Preservation Society:*

Mr. Barry MacDonald, President (by videoconference).

#### TÉMOINS

*Du Sénat du Canada:*

L'honorable J. Michael Forrestall;  
M. Joe Varner, conseiller principal du sénateur Forrestall;  
L'honorable Pat Carney, c.p.;  
Mme Tracey Bellefontaine, adjointe législative du sénateur Carney.

*Du ministère du Patrimoine canadien:*

Mme Lyn Elliot-Sherwood, directrice exécutive par intérim  
du Patrimoine;  
M. Michel Audy, secrétaire exécutif, Commission des lieux  
historiques du Canada.

*Du ministère des Pêches et des Océans:*

M. George Da Pont, sous-ministre adjoint, Service intégrés;  
  
M. Jacques Lorquet, directeur, Systèmes de navigation maritime  
CCG.

*Du Vancouver Maritime Museum:*

M. James P. Delgado, directeur exécutif (par vidéoconférence).

*Du Musée maritime de l'Atlantique:*

M. Dan Conlin, conservateur, histoire maritime (par vidéoconférence).

*Du Nova Scotia Lighthouse Preservation Society:*

M. Barry MacDonald, président (par vidéoconférence).





Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, September 17, 2003  
Thursday, September 18, 2003

Issue No. 20

**First and second meetings concerning:**  
Public health emergencies arising  
from infectious disease

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 17 septembre 2003  
Le jeudi 18 septembre 2003

Fascicule n° 20

**Première et deuxième réunions concernant:**  
Les problèmes de santé publique liés  
aux maladies infectieuses

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL  
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Senator Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Senator Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cook	Roberston
Cordy	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (*September 17, 2003*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES  
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (*le 17 septembre 2003*).



## ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journal of the Senate* of Tuesday June 19, 2003:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Kirby seconded by the Honourable Senator Pêpin:

That Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease. In particular, the committee shall be authorized to examine and report on:

- the state and governance of the public health infrastructure in Canada;
- the roles and responsibilities of, and the coordination among, the various levels of government responsible for public health;
- the monitoring, surveillance and scientific testing capacity of existing agencies;
- the globalization of public health;
- the adequacy of funding and resources for public health infrastructure in Canada;
- the performance of public health infrastructure in selected countries;
- the feasibility of establishing a national public health legislation or agency as a means for better coordination and integration and improved emergency responsiveness;
- the Naylor Advisory Group Report and recommendations.

That the committee submit its report no later than March 31, 2004.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

## ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi le 19 juin 2003:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Kirby, appuyée par l'honorable sénateur Pêpin,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier et à faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. Le comité sera notamment autorisé à étudier:

- l'état de l'infrastructure sanitaire au Canada et sa gouvernance;
- les attributions des paliers de gouvernement responsables de la santé publique et leur coordination;
- la capacité de contrôle, de surveillance et de tests scientifiques des organismes existants;
- la mondialisation de la santé publique;
- le niveau de financement et de ressources affectés aux infrastructures sanitaires au Canada;
- la performance des infrastructures sanitaires de certains pays;
- la pertinence d'une loi ou d'une agence nationale chargée d'accélérer, de mieux coordonner et de mieux intégrer la réaction aux urgences;
- le rapport du Groupe consultatif Naylor et ses recommandations.

Que le comité dépose son rapport au plus tard le 31 mars 2004.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul Bélisle,

*Clerk of the Senate*

## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday September 17, 2003  
(28)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:53 p.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche, Trenholme Counsell (10).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the Committee began its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease. (*For a complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 20.*)

## WITNESSES:

*From the Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness:*

James Harlick, Assistant Deputy Minister;

Gary O'Bright, Director of Operations.

*From Health Canada:*

Scott Broughton, Assistant Deputy Minister, Population and Public Health Branch;

Paul Gully, Senior Director General, Population and Public Health Branch;

David Mowat, Director General, Centre for Surveillance Coordination;

Ron St. John, Director General, Centre for Emergency Preparedness and Response.

James Harlick, Scott Broughton, Paul Gully, David Mowat and Ron St. John each made a presentation with Gary O'Bright and answered questions.

The Honourable Senator Keon moved — That the committee approve the budget in the following amounts to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease:

Professional and Other Services	\$ 8,500
Other Expenditures	\$ 500
<b>Total</b>	<b>\$ 9,000</b>

## PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 17 septembre 2003  
(28)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 53, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable sénateur Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Trenholme Counsell (10).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité commence son étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique au Canada, ainsi que de la capacité du Canada à réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 20 des délibérations du comité.*)

## TÉMOINS:

*Du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile:*

James Harlick, sous-ministre adjoint;

Gary O'Bright, directeur général des opérations.

*De Santé Canada:*

Scott Broughton, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique;

Paul Gully, directeur général principal, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique;

David Mowat, directeur général, Centre de coordination de la surveillance;

Ron St. John, directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence.

James Harlick, Scott Broughton, Paul Gully, David Mowat et Ron St. John présentent chacun un exposé avec Gary O'Bright puis répondent aux questions.

L'honorable sénateur Keon propose — Que le comité approuve un budget prévoyant les montants suivants pour l'étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique au Canada, ainsi que de la capacité du Canada à réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses:

Services professionnels et autres	8 500 \$
Autres dépenses	500 \$
<b>Total</b>	<b>9 000 \$</b>



At 5:55 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair

ATTEST:

OTTAWA Thursday September 18, 2003  
(29)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:03 a.m. this day, in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, LeBreton, Léger, Morin, Roche, Trenholme Counsell (9).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the Committee began its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

WITNESSES:

*From Agriculture and Agri-Food Canada:*

Andrew Marsland, Acting Assistant Deputy Minister, Market and Industry Services Branch;

Gilles Lavoie, Senior Director General, Market and Industry Services Branch.

*From the Canadian Food Inspection Agency:*

Judith Bossé, Vice-President, Science;

Dr. Sara Kahn, Deputy Veterinary Officer of Canada.

*From Health Canada:*

Karen Dodds, Director General, Food Directorate, Health Products and Food Branch.

Karen Dodds, Judith Bossé and Andrew Marsland made a presentation and answered questions with Gilles Lavoie and Sarah Kahn.

At 12:35 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

À 17 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 18 septembre 2003  
(29)

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 03, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Trenholme Counsell (8).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité commence son étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique au Canada, ainsi que de la capacité du Canada à réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

TÉMOINS:

*D'Agriculture et Agroalimentaire Canada:*

Andrew Marsland, sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés;

Gilles Lavoie, directeur général principal, Opérations, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés.

*De l'Agence canadienne d'inspection des aliments:*

Judith Bossé, vice-présidente, Sciences;

Dr. Sara Kahn, adjointe au vétérinaire en chef du Canada.

*De Santé Canada:*

Karen Dodds, directrice générale, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments.

Karen Dodds, Judith Bossé et Andrew Marsland présentent un exposé puis, avec Gilles Lavoie et Sara Kahn, répondent aux questions.

À 12 h 35, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday September 17, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:53 p.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Senators, we are here today for the first of a compressed set of hearings to deal with what the public would call the SARS issue and what we would call the issue of the appropriate role of the federal government with respect to handling infectious disease epidemics. We are not here to look at the full scale and scope of public health. As you know, we have already indicated that when we finish our report on mental health, we may well decide to turn to that, but we are here with a very focused study. We intend to conclude and table our report before the middle of November in the hope that, in a Speech from the Throne that appears to be at least reasonably likely for the beginning of February, the government will have the advice of this committee in deciding what, if anything, to say about the follow-up to the SARS issue in that Speech from the Throne and in any subsequent budget.

We are delighted to begin today with witnesses from the Government of Canada. Our purpose today is to understand the current situation. We will, over the next four weeks, have a lengthy set of hearings. For the information of colleagues, I believe we will distribute today the witness list as approved by the steering committee. We will do all of this by the third week of October in order to be able to table a report by the middle of November. I lay that out as much for witnesses in government who will be interested in following what we do as for the television audience and my colleagues around the table.

We are here, then, to begin by giving the committee a background in terms of understanding the current situation with respect to the existing infrastructure for responding to significant public health emergencies from outbreaks. We have before us the Assistant Deputy Minister and the Director General from the Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness. We also have a number of officials from Health Canada, beginning with Scott Broughton, Assistant Deputy Minister for the Population and Public Health Branch. Dr. Paul Gully, aside from having become a TV star during the SARS outbreak and probably getting more coverage than any federal politician on the issue, is the Senior Director General of the Population and Public Health Branch. We also have David Mowat, the Director General of the Centre for Surveillance Coordination, and Ron St. John, the Director General for the Centre for Emergency Preparedness and Response.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 17 septembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 53 pour l'étude sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

**Le président:** Sénateurs, nous sommes réunis aujourd'hui pour la première d'une série d'audiences comprimées portant sur ce que le public appellerait la question du SRAS et ce que nous appelons le rôle que le gouvernement fédéral doit jouer dans le traitement des épidémies de maladies infectieuses. Nous ne sommes pas là pour parler de la question de la santé publique dans son ensemble. Comme vous le savez, nous avons décidé, au moment du dépôt de notre rapport sur la santé mentale, que nous en viendrions peut-être là, mais nous sommes ici pour effectuer une étude très précise. Nous avons l'intention de conclure et de déposer notre rapport avant la mi-novembre, dans l'espoir que, dans le discours du Trône qu'on peut à tout le moins raisonnablement prévoir pour le début de février, le gouvernement ait en main les conseils du comité le moment venu de décider, le cas échéant, des suites à donner au problème du SRAS dans le discours du Trône en question et dans le budget subséquent.

Nous sommes ravis de commencer par l'audition de témoins du gouvernement du Canada. Aujourd'hui, notre objectif est de comprendre la situation actuelle. Au cours des quatre prochaines semaines, nous allons mener une longue série d'audiences. Au profit de nos collègues, je crois que nous avons distribué aujourd'hui la liste des témoins approuvée par le comité de direction. Nous allons tenir ces audiences d'ici la troisième semaine d'octobre, afin de pouvoir déposer un rapport à la mi-novembre. Je le précise à l'intention des témoins du gouvernement, qui seront intéressés à suivre nos travaux, ainsi qu'à celle des téléspectateurs et de mes collègues réunis autour de la table.

La séance d'aujourd'hui a donc pour but de donner aux membres du comité une idée de la situation actuelle concernant l'infrastructure dont on dispose pour faire face aux graves urgences de santé publique imputables aux épidémies. Nous avons devant nous le sous-ministre adjoint et le directeur général du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile. Nous accueillons également un certain nombre de fonctionnaires de Santé Canada, à commencer par Scott Broughton, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Le Dr Paul Gully, en plus d'avoir été une vedette de la télévision pendant l'épidémie de SRAS et avoir sans doute été plus visible que tout politicien fédéral à ce propos, est le directeur général principal de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. Nous avons aussi parmi nous David Mowat, directeur général du Centre de coordination de la surveillance, et Ron St. John, directeur général du Centre de mesures et d'interventions d'urgence.



I thank all of you for coming. We thought that the best way to begin was to have all of you, who represent different elements, if you like, of the infrastructure within the federal government for responding to public health emergencies, provide an overview. We will ask that two of you, Mr. Harlick and Mr. Broughton, begin with presentations, and then we will turn to comments and questions from the committee as a whole. I would urge the panel, when we do get to the questions and answers, that even if a question is directed to someone else, if there is something you want to add, if there is an additional point you would like to make, please feel free to chime in. We would like that part to be as informative and yet informal as possible.

**Mr. James Harlick, Assistant Deputy Minister, Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness:** Thank you for the invitation to appear today and to outline for you the role of our office in emergencies and then to try to relate it to your study on infrastructure and governance of the public health system in Canada.

Mr. Gary O'Bright, our Director General of Operations, joins me today. I will give you an overview of our mandate, some of the things that the office does when an emergency occurs and identify the legislative foundation or framework within which we operate.

The mandate of the office is set out in the Prime Minister's press release of February 2001 that created this new organization. It has a twofold mandate. The first is to provide national leadership on a modern and comprehensive approach to protecting Canada's critical infrastructure, and the second is to act as the government's primary agency for promoting national civil emergency preparedness — those two items, of course, being represented by the words in the overly long title of our organization.

We fulfil these mandates by working closely with key federal, provincial and private sector players during major emergencies, in which we are responsible for coordinating federal support to provincial and other orders of government involved in a particular emergency, and I emphasize coordinating and delivering that support through the provincial emergency management organization.

That is our primary interface at the provincial level.

The Emergency Preparedness Act assigns certain responsibilities to the minister responsible, and that for a number of decades now has been the Minister of National Defence. The act, I would note, does not refer to our organization, it refers only to the minister and assigns responsibilities to him or her.

At the present time, Mr. McCallum is responsible to develop policies and programs to achieve an appropriate state of national civil emergency preparedness in Canada, to encourage and support civil preparedness at the provincial level, to establish arrangements for ensuring the continuity of constitutional government during an emergency, and, with respect to

Merci à tous d'être venus. Comme vous représentez différents éléments, si on veut, de l'infrastructure dont dispose le gouvernement fédéral pour réagir à des urgences de santé publique, nous avons pensé que la meilleure façon de débiter était de vous demander de faire un survol de la situation. Nous allons donc vous inviter, M. Harlick et M. Broughton, à ouvrir le bal, puis nous passerons aux commentaires et aux questions des membres du comité. Lorsque nous en serons à la période de questions et de réponses, je précise à l'intention des témoins qu'ils peuvent, même si la question s'adresse à quelqu'un d'autre, ajouter leur grain de sel. Si vous avez un autre point à soulever, n'hésitez pas à intervenir. Nous voulons que la séance d'aujourd'hui soit la plus éclairante et la moins formelle possible.

**M. James Harlick, sous-ministre adjoint, Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile:** Merci de nous avoir invités à comparaître aujourd'hui pour vous donner un aperçu du rôle que joue notre bureau en cas d'urgence, dans le contexte de votre étude sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada.

M. Gary O'Bright, notre directeur général des Opérations, m'accompagne aujourd'hui. Je vais faire le survol de notre mandat et de certaines des mesures que prend notre bureau en cas d'urgence, puis je définirai le cadre ou le fondement législatif de notre travail.

Le mandat de notre bureau est précisé dans le communiqué de presse du premier ministre daté de février 2001 d'où est née la nouvelle organisation. Elle a un double mandat. Premièrement, elle fournit des directives nationales sur une approche moderne et exhaustive de la protection des infrastructures essentielles du Canada; deuxièmement, elle agit à titre d'organisme fédéral principal chargé d'assurer la promotion de la protection civile nationale — deux aspects dont rendent compte, naturellement, les mots du titre un peu longuet de notre organisation.

Nous nous acquittons de ces mandats en y travaillant en étroite collaboration avec des intervenants clés des secteurs fédéral, provincial et privé en cas d'urgences majeures, à l'occasion desquelles nous assumons la responsabilité de la coordination de l'aide fédérale aux gouvernements provinciaux et à d'autres ordres de gouvernement aux prises avec une urgence particulière, et j'insiste pour dire que nous coordonnons et assurons cette aide par le truchement de l'organisation provinciale responsable de la gestion des urgences.

Il s'agit de notre première interface au niveau provincial.

La Loi sur la protection civile confère un certain nombre de responsabilités au ministre responsable, c'est-à-dire, depuis quelques années, le ministre de la Défense nationale. Je précise qu'il n'y a pas de mention de notre organisation dans la loi, où il n'est question que du ministre et des responsabilités qui lui sont confiées.

À l'heure actuelle, M. McCallum est chargé de l'élaboration des politiques et des programmes nécessaires pour assurer les mesures de protection civile nationale nécessaires au Canada, encourager et soutenir la protection civile au niveau provincial, conclure des accords pour assurer la continuité du gouvernement constitutionnel en cas d'urgence et, en ce qui a trait à la mise en

implementation, to monitor and report to his colleagues on potential or actual emergencies, what should be done about them, and to coordinate with provincial governments in similar situations. I would also note he has the authority to provide financial assistance to a province when it is properly authorized. We support the minister responsible for emergency preparedness in the exercise of these responsibilities.

I would also note that all federal ministers under the act have responsibility to develop plans within their areas of accountability to respond to any type of emergency. That is an overarching responsibility of all members of the administration.

OCIPEP, in meeting these monitoring and response responsibilities, has developed a federal support plan than establishes a response structure allowing for the coordination of federal aid to affected provinces or territories in major emergencies. We call this the National Support Plan and it brings together all federal departments that can find, obtain or deliver resources to the affected area, and thus facilitates the overall coordination of the federal response with provincial and territorial colleagues.

In addition to the act, in 1995, the government approved a "Federal Policy for Emergencies," which in particular, and perhaps relevant to your considerations today, details the lead minister or lead department concept and outlines the emerging responsibilities of individual departments in an emergency situation.

Health-related emergencies fall under the purview of the Minister of Health at the federal level, and for emergencies in which no particular individual lead minister mandate may be engaged, perhaps such as an earthquake, a flood or an ice storm, then OCIPEP and the Minister of National Defence would likely assume the lead federal role.

Once this lead minister has been established, the relevant department becomes the lead organization in support of that minister, and we would assume, since we would not be in the lead role, a supporting agency role to the lead minister and department. We would be there to assist this lead department in its response to the emergency by ensuring that a reliable link to other government departments federally and to the provincial emergency measures organizations is made.

In these emergency situations, we engage in the production of national situation reports, in which we try to summarize all relevant factual information in a single, concise, all-source document. These are disseminated to all government departments, as well as to our regional offices and the provinces, and are prepared at a frequency required or warranted by the elements of the various emergencies.

œuvre, suivre les urgences potentielles ou réelles, en rendre compte à ses collègues et établir les interventions qui s'imposent. Dans des situations analogues, il doit aussi assurer la coordination avec les gouvernements provinciaux. Je mentionne également qu'il a le pouvoir de fournir une aide financière à une province après avoir obtenu les autorisations nécessaires. Nous appuyons le ministre responsable de la protection civile dans l'exercice de ces responsabilités.

Je souligne également que, aux termes de la loi, tous les ministres fédéraux ont la responsabilité d'élaborer des plans dans leurs sphères de compétences pour répondre à tout type d'urgence. Il s'agit d'une responsabilité obligatoire pour tous les membres de l'administration.

Pour s'acquitter de ces responsabilités en matière de contrôle et d'intervention, le BPIEPC a mis au point un plan de soutien fédéral établissant une structure d'intervention qui permet la coordination de l'aide fédérale aux provinces ou aux territoires touchés en cas d'urgences majeures. Ce plan, que nous appelons le Plan national de soutien, réunit tous les ministères fédéraux qui peuvent trouver, obtenir ou fournir des ressources à la région touchée et, ce faisant, faciliter la coordination générale de l'intervention fédérale avec les collègues des provinces et des territoires.

Outre la loi, le gouvernement a, en 1995, approuvé une «Politique fédérale relative aux situations d'urgence», qui, de façon particulière — détail peut-être pertinent dans le contexte de vos délibérations d'aujourd'hui —, présente en détail la notion de ministère responsable et souligne les responsabilités émergentes de chacun des ministères en cas d'urgence.

Les urgences sanitaires relèvent de la compétence du ministre fédéral de la Santé; en cas d'urgence ne relevant pas du mandat d'un ministre responsable particulier, un tremblement de terre, une inondation ou une tempête de verglas, par exemple, ce sont probablement le BPIEPC et le ministre de la Défense national qui assumeraient la direction au niveau fédéral.

Une fois le ministre responsable désigné, le ministère concerné devient l'organisation responsable chargée de soutenir le ministre en question, et, puisque nous n'agirions pas à titre de responsable, nous jouerions pour notre part un rôle de soutien auprès du ministre et du ministère responsables. Nous serions là pour aider le ministère responsable de l'intervention en cas d'urgence en veillant à ce qu'un lien fiable soit établi avec d'autres ministères fédéraux et les organisations commerciales responsables des mesures d'urgence.

Dans de telles situations d'urgence, nous produisons des rapports nationaux sur la situation, dans le cadre desquels nous tentons de faire la synthèse de toutes les informations factuelles pertinentes dans un document unique et concis, toutes sources confondues. Ces documents, préparés à la fréquence qu'exigent ou que justifient les éléments de diverses urgences, sont acheminés à tous les ministères du gouvernement de même qu'à nos bureaux régionaux et aux provinces.



We also have 10 regional offices, one in each province, and they play a crucial role in linking us with the provincial emergency measures organizations, as well as with the private sector in that given jurisdiction.

For example, during the SARS outbreak, which was predominantly centred in the Greater Toronto area, OCIPEP worked closely with Health Canada officials as a supporting federal agency. As the situation grew more complex, Health Canada augmented its own departmental emergency operation centre capability as it monitored the outbreak. We followed suit, increasing the staffing in our own Government Emergency Operations Coordination Centre so that we could support, as required, Health Canada in its dealings with the provinces, territories and other government departments in coordinating its overall response to the outbreak.

Through our regional director in Toronto, we maintained a direct link with the provincial emergency operations centre in Toronto. We also placed liaison officers with Health Canada's emergency operations centre here. We ensured that federal departments and key stakeholders were fully aware of the situation in order to relieve some of this burden from the municipal, provincial and other federal operations centres, which were focused on other response and intervention aspects of the emergency.

As many of you know, most emergencies tend to be of what is called the "public welfare" variety. They directly engage the provinces in responding to emergencies here, and they are often caused by natural or climatic phenomena. The Red River floods, the ice storm and, more recently, the B.C. fires, would be very good and pertinent examples of that.

The first level of response to emergencies in Canada is the municipal level, and you have seen that actually in the examples I have cited. A municipality may declare an emergency to acquire extra powers to deal with it. If the municipality is in need of assistance, it goes to the provincial level. That province has the primary responsibility under the Constitution to handle emergency situations within its jurisdiction. If it in fact needs additional assistance from the federal government, then it does make requests of us and we use our provincial office link to coordinate the federal government's response to the emergency needs of the province dealing with the tornado, the ice storm, the flood or the fire.

Our regional directors strengthen our support capability by ensuring that lead federal departments are updated on regional operations, provincial management decisions in a crisis or emergency, the provincial/public communications arrangements, and the requests for information and assistance from the province

Nous avons également dix bureaux régionaux, un dans chacune des provinces, et ces derniers jouent un rôle crucial en établissant la liaison entre nous et les organisations provinciales responsables des mesures d'urgence ainsi que le secteur privé sur leur propre territoire.

À titre d'exemple, pendant l'épidémie de SRAS, qui s'est surtout concentrée dans la grande région de Toronto, le BPIEPC a travaillé en étroite collaboration avec des fonctionnaires de Santé Canada à titre d'organisme fédéral de soutien. Au fur et à mesure que la situation s'est compliquée, Santé Canada a augmenté la capacité de son propre centre des opérations d'urgence chargé de la surveillance de l'épidémie. Nous avons fait de même et augmenté le nombre d'employés à notre Centre de coordination des opérations d'urgence du gouvernement, de manière à pouvoir appuyer, au besoin, Santé Canada dans les rapports que l'organisation entretenait avec les provinces, les territoires et d'autres ministères gouvernementaux pour coordonner les interventions générales face à l'épidémie.

Par l'intermédiaire de notre directeur général de Toronto, nous avons entretenu un lien direct avec le centre provincial des opérations d'urgence de Toronto. Nous avons également détaché des agents de liaison au centre des opérations d'urgence de Santé Canada ici même à Ottawa. Nous avons veillé à ce que les ministères fédéraux et les principaux intervenants soient parfaitement au courant de la situation afin de soulager de cette obligation les centres d'opérations municipaux et provinciaux, de même que les autres centres d'opération fédéraux, lesquels se concentraient sur les aspects de l'urgence touchant la réaction et l'intervention.

Comme bon nombre d'entre vous le savez, la plupart des urgences ont tendance à relever de ce que nous appelons le «bien-être public». Les provinces sont directement obligées de réagir ici à ces urgences, souvent causées par des phénomènes naturels ou climatiques. Les inondations de la rivière Rouge, la tempête de verglas et, plus récemment, les incendies de forêt en Colombie-Britannique en constituent des exemples très éloquents et très pertinents.

Au Canada, c'est le niveau municipal qui assume la responsabilité du premier niveau d'intervention en cas d'urgence, comme l'ont montré les exemples que je viens de citer. Il arrive qu'une municipalité déclare un état d'urgence pour se doter des pouvoirs nécessaires pour y faire face. Si elle a besoin d'aide, la municipalité s'adresse au niveau provincial. En vertu de la Constitution, c'est la province qui assume la responsabilité de faire face aux situations d'urgence sur son territoire. Si elle a besoin d'une aide additionnelle de la part du gouvernement fédéral, la province nous adresse une demande, et nous utilisons notre bureau provincial pour coordonner la réponse fédérale aux besoins d'urgence de la province confrontée à la tornade, à la tempête de verglas, à l'inondation ou aux feux de forêt.

Nos directeurs régionaux renforcent notre capacité de soutien en veillant à ce que les ministères fédéraux soient au courant des opérations régionales, des décisions prises par les provinces en cas de crise ou d'urgence, des mesures prises pour assurer les communications entre la province et les citoyens ainsi que des



and affected municipality, as well as keeping an eye on and reporting on the status of other federal department activities in the particular province or region. In the opposite direction, decisions and arrangements of the federal government are conveyed to the province via its provincial operations centre and via our regional director.

Using the recent power outage in Ontario as an example, OCIPEP played a significant role in providing other government departments with timely information on the overall situation of the power outage, while working closely with key provincial, federal and private sector stakeholders to ensure that the resulting consequences were adequately addressed at all levels of government.

I made reference earlier to financial assistance. In wrapping up, I will touch on that. There are things called the "disaster financial assistance arrangements", which is a federal set of arrangements to assist provinces that are suffering under a financial burden as a result of responding to significant emergencies. Since 1970, when the DFAA first came into force, there have been over 100 natural disasters or emergencies.

**The Chairman:** Not only are acronyms impossible for those around the table, they are absolutely impossible for anyone watching on television, so can you tell us what is the DFAA?

**Mr. Harlick:** The DFAA is a document. The disaster financial assistance arrangements is a set of provisions, you might call it a program, which is the basis on which the federal government provides financial assistance to a province to compensate it for some of the expenditures it has made in dealing with an emergency.

For example, after the Saguenay flood, the Red River flood and the ice storm, disaster financial assistance arrangement payments were made to the impacted provinces to compensate them, in part, for the expenditures they had made in dealing with the emergency. The federal government therefore does not directly provide funds to affected individuals, but does provide the funds to the provinces.

The federal government, in these arrangements, has defined a minimum threshold for provincial-territorial expenditure that must be met to trigger the arrangements provisions. These funds are intended, and the program is intended, to help restore public works and essential property of Canadians and small businesses to their condition prior to the emergency. It also helps to compensate provinces for the extraordinary expenditures they have made on the emergency response itself. It is not an insurance program, it is not a 100 per cent compensation program, it does not indemnify against all losses, but is there to assist the provinces in bearing the burden of these extraordinary events. As I indicated at the beginning, since 1970, over 100 individual emergencies have seen disaster financial assistance arrangements compensation.

demandes d'information et d'aide provenant de la province et de la municipalité touchée, en plus de suivre les activités d'autres ministères fédéraux dans la province ou la région touchée et d'en rendre compte. À l'opposé, les décisions et les mesures prises par le gouvernement fédéral sont communiquées à la province par l'entremise de son centre d'opérations et de notre directeur régional.

Prenons l'exemple récent de la panne de courant qui a frappé l'Ontario, le BPIEPC a joué un rôle de premier plan en fournissant aux autres ministères du gouvernement de l'information opportune sur la situation d'ensemble, tout en travaillant avec des intervenants clés des secteurs provincial, fédéral et privé pour faire en sorte que tous les ordres de gouvernement réagissent correctement aux conséquences.

Plus tôt, j'ai fait référence à l'aide financière. J'y reviendrai dans ma conclusion. Il y a ce qu'on appelle les «Accords d'aide financière en cas de catastrophe», soit un ensemble de mesures fédérales visant à aider les provinces devant assumer un fardeau financier en raison des mesures qu'elles ont prises pour faire face à des situations d'urgence. Depuis 1970, année de l'entrée en vigueur des AAFCC, il y a eu plus de 100 urgences ou catastrophes naturelles.

**Le président:** Les acronymes ne disent rien aux personnes assises autour de la table, et ils ne disent absolument rien aux téléspectateurs. Pouvez-vous nous dire ce que sont les AAFCC?

**M. Harlick:** Il s'agit d'un document. Les Accords d'aide financière en cas de catastrophe sont un ensemble de dispositions ou, si vous préférez, un programme, sur lequel le gouvernement se fonde pour verser une aide financière à une province pour la dédommager d'une partie des dépenses qu'elle a dû consentir face à une urgence.

Après les inondations du Saguenay, les inondations de la rivière Rouge et la tempête de verglas, on a versé des sommes au titre des accords d'aide financière en cas de catastrophe aux provinces touchées pour les dédommager, en partie, des dépenses qu'elles avaient effectuées pour faire face à l'urgence. Le gouvernement fédéral ne verse donc pas de fonds directs aux sinistrés; ce sont les provinces qui touchent les fonds.

En vertu de ces accords, le gouvernement fédéral a défini un seuil minimum que doivent atteindre les dépenses provinciales ou territoriales pour que soient activées les dispositions qui régissent les accords. Au même titre que le programme, ces fonds ont pour but de remettre les biens essentiels des Canadiens et des petites entreprises dans l'état où ils étaient avant l'urgence. Ils aident également à dédommager les provinces d'une partie des dépenses extraordinaires qu'elles ont consenti pour faire face à l'urgence elle-même. Il ne s'agit pas d'un programme d'assurance, ni d'un programme d'indemnisation à 100 p. 100, ni d'un programme qui indemnise les intéressés pour toutes les pertes subies. En fait, les fonds ont pour but d'aider les provinces à faire face au fardeau entraîné par des événements extraordinaires. Comme je l'ai indiqué d'entrée de jeu, plus de 100 urgences ont, depuis 1970, ouvert droit à des indemnisations au titre des Accords d'aide financière en cas de catastrophe.



The provinces provide the bills to the federal government. Those bills are audited. Expenditures are then authorized and payments are made to the provinces.

In closing, I wish to assure this committee that OCIPEP is committed to continuing to build, nurture and strengthen its working relationships with its key colleagues and partner departments in the federal government and in other levels of government in the provinces and territories, as well as in the private sector, the latter being particularly important in the area of critical infrastructure protection.

**The Chairman:** This is not the time for questions, but I would like to ask you to clarify one point particularly before Mr. Broughton begins.

You were very clear on the financial side, also very clear on your role with respect to what I would call "natural" emergencies. You talked about the blackout, the Saguenay floods, the B.C. forest fires and so on. It seems that an infectious epidemic is of quite a different character. It is difficult to envision how sending troops in to deal with the outbreak would be terribly helpful, whereas one can understand how it would be very helpful in the forest fires, floods and power blackouts.

Can you tell us precisely what your role is in the event of a public health emergency, particularly an infectious disease outbreak, rather than a natural emergency?

**Mr. Harlick:** Certainly. I will address the financial side as well as the handling of events.

In regard to the SARS situation, in all likelihood, the Minister of Health, supported by Health Canada officials, my colleagues on my left, would take the lead on behalf of the Government of Canada to provide health-related advice. Obviously, something as significant as an infectious disease outbreak, just as we saw with SARS, has other kinds of impacts, thus engaging other walks of life, sectors and requirements.

OCIPEP, acting in support of Health Canada, would be working with the provincial emergency measures organization to try to address any requirements the province has to effectively enable it to handle that outbreak of infectious disease.

**The Chairman:** The non-health aspects; is that correct?

**Mr. Harlick:** That is right. At the provincial level, in all likelihood, you would have the provincial health ministry in the lead on the health issues and dealing with colleagues from Health Canada, but the emergency measures organization will try to pull together the other areas where emergency assistance is needed: Evacuation, quarantine, transportation and so forth.

**The Chairman:** That is helpful, thank you.

Les provinces soumettent les factures au gouvernement fédéral. Les factures en question font l'objet d'une vérification. Ensuite, les dépenses sont autorisées, et des versements sont faits aux provinces.

En conclusion, je tiens à dire aux membres du comité que le BPIEPC a l'intention de continuer de bâtir, de nourrir et de renforcer ses relations de travail avec ses collègues clés et ses ministères partenaires du gouvernement et d'autres ordres de gouvernement dans les provinces et les territoires, sans oublier le secteur privé, qui joue un rôle particulièrement important dans le domaine de la protection des infrastructures essentielles.

**Le président:** Le moment n'est pas encore venu de poser des questions, mais j'aimerais vous demander de clarifier un point avant que M. Broughton ne commence son exposé.

Vous avez fourni des explications très précises sur l'aspect financier de même que sur le rôle que vous jouez dans ce que j'appellerais les urgences «naturelles». Vous avez parlé de la panne de courant, des inondations du Saguenay, des incendies de forêt en Colombie-Britannique et ainsi de suite. Il me semble qu'une épidémie infectieuse procède d'une dimension sensiblement différente. Il est difficile d'imaginer comment l'envoi de troupes pour faire face à l'épidémie serait utile, tandis qu'on comprend tout de suite l'utilité d'une telle intervention en cas de feux de forêt, d'inondations et de pannes de courant.

Pouvez-vous nous préciser le rôle que vous joueriez en cas d'urgence salubre, particulièrement une épidémie infectieuse plutôt qu'une catastrophe naturelle?

**M. Harlick:** Certainement. Je vais m'intéresser à l'aspect financier ainsi qu'aux mesures prises pour faire face aux événements.

En ce qui concerne une situation comme celle du SRAS, c'est selon toute vraisemblance la ministre de la Santé, avec l'appui des fonctionnaires de Santé Canada, mes collègues assis à ma gauche, qui assumeraient la responsabilité de fournir des conseils sanitaires au nom du gouvernement du Canada. De toute évidence, un événement aussi significatif qu'une épidémie infectieuse, comme on l'a vu dans le cas du SRAS, a d'autres genres d'impacts, lesquels concernent d'autres horizons, secteurs et exigences.

Le BPIEPC, en appui à Santé Canada, travaillerait avec l'organisation provinciale chargée des mesures d'urgence pour tenter d'aider la province à faire face efficacement à l'épidémie infectieuse.

**Le président:** Il s'agirait des aspects non sanitaires, n'est-ce pas?

**M. Harlick:** Exactement. Au niveau provincial, selon toute vraisemblance, c'est le ministre provincial de la Santé qui assumerait la responsabilité des questions sanitaires et qui traiterait avec ses collègues de Santé Canada, mais l'organisation responsable des mesures d'urgence se chargerait au besoin des autres aspects de l'aide d'urgence: les évacuations, les mises en quarantaine, le transport et ainsi de suite.

**Le président:** Ce sont des précisions utiles. Je vous remercie.

**Mr. Scott Broughton, Assistant Deputy Minister, Population and Public Health Branch, Health Canada:** Honourable senators, with the permission of the chair I would like to share my opening comments with my colleagues. We will be brief. Each of us would just like to take a minute or two to make a couple of salient points.

I would like to provide a context for public health, and while appreciating the chair's comments that your focus is on infectious diseases and SARS, we still think it is helpful to position much of that discussion in a broader public health context. I will do that quickly. We do have a slide deck, which you have been given. We will not read it, but we would like to walk through it quickly. My colleagues will touch on some particular points more related to SARS.

Moving to the second page, it is noteworthy that while Canada ranks high internationally using many health indicators, we do need to be aware of the continuing threats of infectious diseases and the increased burden of non-communicable diseases.

On the third slide, we display health systems within a broad health sector, but it is critical to note that these systems and the actual health settings are obviously interrelated.

You will see on the fourth slide that our definition of "public health" is extremely broad. It cuts across communicable and non-communicable diseases. Importantly, it focuses on the whole population or sub-populations, rather than on specific individuals, which tends to be more the case in primary and acute care settings.

The fifth slide obviously highlights the fact that the determinants of health cut a wide swath through all sectors of our society, touching on the discussion that the chair just had with my colleague, in terms of who might be involved in public health circumstances.

The sixth slide focuses on what many people refer to as the three "Ps": prevention, promotion and protection. There is a general consensus that an effective public health system writ large has and/or needs a balance across all three, in other words, preventive actions, solid promotion and, obviously, protection.

In terms of the seventh slide, the most significant point to be made is that most individuals and organizations — and this includes governments, non-governmental organizations, the voluntary sector and the private sector — either already have come or are coming to the conclusion and understanding that to have an effective public health system in Canada, we must have, for both communicable and non-communicable diseases, a combination of individual and integrated strategies.

**M. Scott Broughton, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada:** Honorables sénateurs, avec la permission du président, j'aimerais partager mes propos liminaires avec mes collègues. Nous serons brefs. Chacun de nous aimerait prendre une minute ou deux pour soulever deux ou trois points saillants.

J'aimerais définir le contexte de la santé publique et, même si le président nous a invités à cibler nos interventions sur les maladies infectieuses et le SRAS, nous pensons qu'il est utile de situer une bonne part de ce débat dans un contexte plus large de santé publique. Je vais le faire rapidement. Nous avons un jeu d'acétates, lesquels vous ont été distribués. Nous n'allons pas en faire lecture, mais nous aimerions les parcourir rapidement. Mes collègues aborderont certains points particuliers se rapportant davantage au SRAS.

Je passe maintenant à la deuxième page. Si le Canada se classe parmi les premiers pays du monde en regard de nombreux indicateurs de santé, il importe de ne pas perdre de vue les menaces continues que représentent les maladies infectieuses et le fardeau accru des maladies non transmissibles.

Le troisième acétate situe les systèmes de santé dans un système de santé plus large, mais il est essentiel de remarquer que les systèmes en question et les établissements de santé proprement dits sont de toute évidence interreliés.

Au quatrième acétate, vous constaterez que notre définition de «santé publique» est extrêmement vaste. Elle comprend les maladies transmissibles et non transmissibles. Fait important, elle concerne la population dans son ensemble ou des sous-populations, et non des particuliers, ce qui tend à être davantage le cas pour les établissements de soins de première ligne et de courte durée.

Le cinquième acétate illustre le fait que les déterminants de la santé ont une forte incidence sur tous les secteurs de la société, ce qui nous ramène à la discussion que le président vient juste d'avoir avec mon collègue, du point de vue des parties appelées à intervenir dans les situations qui concernent la santé publique.

Le sixième acétate porte sur ce qu'on appelle parfois les trois «P»: la prévention, la promotion et la protection. De façon générale, on s'entend pour dire qu'un système de santé publique au sens large doit, pour être efficace, établir un équilibre entre les trois aspects, en d'autres termes s'appuyer sur des mesures de prévention, une promotion solide et, de toute évidence, la protection.

Le point le plus important soulevé dans le septième acétate tient au fait que la plupart des particuliers et des organisations — ce qui comprend les gouvernements, les organisations non gouvernementales, le secteur bénévole et le secteur privé — en viennent ou en sont déjà venus à la conclusion et à la certitude suivante: pour avoir un système de santé publique efficace au Canada, nous devons, pour les maladies transmissibles et non transmissibles, nous appuyer sur un mélange de stratégies particulières et intégrées.



The eighth and ninth slides try to describe at a broad level the roles of various players, focusing on governmental sectors at the federal, provincial and territorial level. The significant point for us is that the challenge to all public health officials and organizations is to find delivery systems that are both effective and integrated.

On that note, I will turn it over to Dr. Gully, who will head into the specific discussion of SARS.

**Dr. Paul Gully, Senior Director General, Population and Public Health Branch, Health Canada:** Honourable senators, I will begin at slide 11, which portrays a limited assessment of our experience with SARS.

The public health system and the acute and primary care system did weather a major challenge and governments did respond in a variety of ways to prevention; in particular, from the Government of Canada point of view, with screening at points of entry, and that screen does continue.

In regard to control and containment, Health Canada did deploy public health officials, particularly in Ontario, and developed tests. Of particular note is that this disease, severe acute respiratory syndrome, was primarily transmitted in hospitals or in the health care sector, to health care workers, families and visitors, and only in a few cases actually to the community. It was spread and controlled in the health care sector.

We managed this issue through the use of infrastructure at the pandemic influenza committee, which had been developed already and was actually a good basis for our cooperation and collaboration with the provinces and territories. As honourable senators will know, there were a number of lessons learned, including those to be outlined by the Naylor committee.

Slide 12 indicates that gaps in public health had already been noted prior to SARS. There is the work of the Auditor General's office, and a capacity study related to surveillance was presented to the conference of deputy ministers. The suggestion there was that there should be an emergency preparedness and response network in place and that is being developed.

SARS highlighted more issues, such as the need for better coordination capacity. The epidemiological capacity is the capacity to investigate outbreaks, collect and analyze information and then make decisions.

Turning to the subject of the need to strengthen communications across all jurisdictions, the ability to be able to contain, but also to critically analyze, control measures such as quarantine, was a challenge and continues to be a challenge. Here I refer not only to communication with the public, but also to

Les huitième et neuvième acétates illustrent de façon générale les rôles des divers intervenants, l'accent étant mis sur les secteurs gouvernementaux aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Ce qu'il faut retenir, c'est que le défi auquel sont confrontés l'ensemble des professionnels et des organisations de santé publique consiste à mettre au point des systèmes à la fois efficaces et intégrés.

Sur ces mots, je vais céder la parole au Dr Gully, qui dirigera la partie de l'exposé portant spécifiquement sur le SRAS.

**Dr Paul Gully, directeur général principal, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada:** Honorables sénateurs, je vais commencer par l'acétate 11, qui présente une évaluation limitée de notre expérience du SRAS.

Le système de santé publique de même que le système de soins de première ligne et le système de soins de courte durée ont fait face à un défi de taille, et les gouvernements ont réagi en prenant divers moyens de prévention; du point de vue du gouvernement du Canada, on pense en particulier au dépistage aux points d'entrée, lequel se poursuit.

En ce qui concerne le contrôle et le confinement, Santé Canada a déployé des professionnels de la santé publique, particulièrement en Ontario, et a mis au point des tests. Il est intéressant de souligner que la maladie en question, soit le syndrome respiratoire aigu sévère, s'est surtout transmis dans des hôpitaux ou dans le secteur des soins de santé, à des travailleurs de la santé, à des parents et à des visiteurs. Les cas de transmission à la collectivité ont été très rares. La maladie s'est répandue dans le secteur des soins de santé et s'y est limitée.

Nous avons géré le problème à l'aide de l'infrastructure du Comité de la grippe pandémique, qui avait déjà été élaborée et qui constituait un bon point de départ pour notre collaboration et notre coopération avec les provinces et les territoires. Comme le savent les honorables sénateurs, il y a eu un certain nombre de leçons tirées, y compris celles qui seront mises en relief par le comité Naylor.

Le douzième acétate fait état des lacunes dans la santé publique qui avaient déjà été repérées avant le SRAS. Il y a le travail du bureau du vérificateur général, et une étude sur la capacité concernant la surveillance, laquelle a été présentée à la Conférence des sous-ministres. On a recommandé la mise en place d'un réseau de protection civile et d'intervention, actuellement en cours d'élaboration.

Le SRAS a fait ressortir d'autres problèmes, notamment la nécessité d'assurer une meilleure capacité au titre de la coordination. On entend par «capacité épidémiologique» la capacité d'étudier les épidémies, de colliger et d'analyser l'information pour ensuite prendre les décisions.

Pour en revenir à la question des besoins de renforcer les communications dans l'ensemble des administrations, la capacité de contenir, mais aussi d'analyser d'un œil critique les mesures de contrôle comme la quarantaine a constitué un défi et demeure un défi encore aujourd'hui. Je fais ici référence non seulement aux

communication with organizations outside this country, other countries and the World Health Organization.

Slide 13 shows that similar issues could happen again and it could be worse. There are various factors that increase the likelihood of the spread of an outbreak, in particular, travel and our mobile population.

It is important to note that diseases such as this can arrive suddenly and without notice. We have to have prior preparedness. The threats are changing, and may in the future relate to climate change, more indiscriminate use of antibiotics and an increasing likelihood of diseases spreading from animals to humans, as is thought to have been the case with SARS.

Slide 14 examines how the public health system was strained in responding to SARS. SARS was likely derived from close contact between animals and humans and spread through rapid travel. This factor has been pointed out in the past in regard to the U.S. and Canada. Also, SARS demonstrated how a public health emergency in one province may have an impact elsewhere.

The assessment by Dr. Naylor has been aided by opinions from the Canadian Public Health Association and the Canadian Medical Association.

Finally, the overall response was that to improve preparedness, we do need a national surge capacity to investigate and carry out public health functions — an ability to consistently collect information related to outbreaks in a usable and shareable form that we can analyze easily. We need public health leadership that spreads across the system, including the hospital sector, at all levels.

Many of these gaps in public health capacity apply to our ability to deal with immediate communicable disease issues, but also point to gaps in dealing with more long-term issues in non-communicable diseases.

**Dr. David Mowat, Director General, Centre for Surveillance Coordination, Health Canada:** The next slide, entitled "Information," provides a brief overview of the types of information that we are concerned with in a rather theoretical fashion, and reminds us that the collection of information and its interpretation is not an end in itself, but is there to inform better decision-making.

A lot of the attention has been on surveillance. Surveillance tells us what is going on at a particular time, and is information with a particular emphasis on timeliness. However, we must also accumulate and synthesize that evidence, as we learn more about an outbreak such as SARS, so that we develop a base of knowledge; and that base tells us what to do about a particular question. Then we need to know about the context — for example, how many people are moving through airports — and

communications avec le public, mais aussi aux communications avec des organisations de l'extérieur du pays, d'autres pays de même qu'avec l'Organisation mondiale de la santé.

La treizième diapositive montre que des problèmes analogues risquent de se produire de nouveau et que la situation pourrait être plus grave. Divers facteurs augmentent la probabilité qu'une épidémie se propage, en particulier les voyages et la mobilité de la population.

Il importe de souligner que de telles maladies arrivent soudain et sans avertissement. Nous devons nous préparer au préalable. Des menaces changent et, à l'avenir, pourraient porter sur le changement climatique, l'utilisation abusive des antibiotiques et une aggravation des risques que les maladies soient transmises des animaux aux humains, comme cela se serait produit, pense-t-on, dans le cas du SRAS.

Dans l'acétate 14, on examine comment le système de santé publique a été mis à rude épreuve par le SRAS. Le SRAS est probablement apparu à cause de la proximité des humains et des animaux. Il s'est ensuite propagé rapidement grâce aux moyens de transport rapide. On a déjà pointé ce facteur du doigt dans le contexte des États-Unis et du Canada. De plus, le SRAS a montré comment une situation d'urgence en matière de santé publique dans une province peut avoir des répercussions partout.

L'évaluation du Dr Naylor a été nourrie par les opinions de l'Association canadienne de santé publique et de l'Association médicale canadienne.

Enfin, la réaction générale a été la suivante: pour améliorer la protection civile, nous avons besoin d'une forte augmentation des ressources à l'échelle nationale pour enquêter et accomplir les fonctions relatives à la santé publique — la capacité de colliger des renseignements de façon continue à propos des épidémies, qu'on puisse utiliser, échanger et analyser facilement. Il faut que le leadership en matière de santé publique imprègne tous les niveaux du système, y compris le secteur hospitalier.

Bon nombre de lacunes de la capacité au titre de la santé publique ont trait non seulement au problème immédiat lié aux maladies transmissibles, mais aussi à des questions à plus long terme concernant les maladies non transmissibles.

**M. David Mowat, directeur général, Centre de coordination de la surveillance, Santé Canada:** L'acétate suivant, intitulé «Information», donne un bref aperçu des types d'information qui nous intéressent d'un point de vue plutôt théorique et nous rappelle que la collecte et l'interprétation des données constituent non pas une fin en soi, mais bien plutôt un moyen d'éclairer la prise de décisions.

La surveillance a fait l'objet de beaucoup d'attention. La surveillance nous permet de savoir ce qui se passe à un moment donné, et les informations qu'elle nous fournit revêtent une importance particulière du point de vue temporel. Cependant, nous devons également accumuler ces données et en faire la synthèse, au fur et à mesure que nous en apprenons davantage au sujet d'une épidémie comme celle du SRAS, de manière à mettre au point une base de connaissances laquelle peut nous renseigner



there is also a need for operational information systems to manage the thousands of people who may be going into and out of quarantine.

The next slide just touches briefly upon some of the work we have been doing at Health Canada, recognizing that surveillance at the national level depends critically upon the capacity at provincial, territorial and local levels, because that is where most of the data originate. We have been working with our provincial and territorial colleagues; we mention here the public health information system that we have developed with British Columbia and which is now being rolled out across several provinces. Of interest is the fact that we are now working with Ontario on improvements to the outbreak management module for that information system, which would provide the ability to better manage quarantine in the future. The laboratory data management system reminds us that there is a need to move information between types of providers — hospitals, physicians, public health people, laboratories — because people who need to take action on outbreaks such as SARS will not all be present at the same place. Therefore, we need to move information around in a comprehensive and comprehensible fashion.

The mention of the CIPHS collaborative points out that we have developed a collaborative arrangement, which includes all of the representatives from all the provinces and territories, to work on further developing these information systems, initially around communicable diseases and immunization, so that we will have an enhanced ability to pass information not only within a province, but between provinces and to the national level.

We do this, according to the next bullet, "Architecture," by ensuring that we have in place standards and systems of information management that will ensure that there is interoperability of the systems, not only for public health but also, in the longer term, between public health and projects and initiatives such as the electronic health record, which is a very long-term project.

There is clearly a need to continue to improve the human resources and the skills in these areas. However good information systems are, there will continue to be a need for highly skilled persons who can analyze and interpret these data. Health Canada has been active in this area for a long time and has recently expanded its activities.

Finally, on chronic diseases and injuries, a reminder that the activity and investment in this area of information benefit not only dealing with the immediate concern around communicable

sur ce qu'il convient de faire à propos de telle ou telle question. Ensuite, nous devons avoir une idée du contexte — par exemple, combien de personnes transitent par les aéroports —, et on doit également disposer de systèmes d'information opérationnels pour gérer les milliers de personnes qui peuvent être mises en quarantaine ou sortir de quarantaine.

L'acétate suivant donne un résumé succinct de certains des travaux que nous avons effectués à Santé Canada, compte tenu du fait que la surveillance au niveau national dépend au premier chef de la capacité aux niveaux provincial, territorial et local, puisque c'est de là que viennent la plupart des données. Nous avons travaillé en collaboration avec nos collègues des provinces et des territoires; nous faisons ici mention du Système d'information sur la santé publique que nous avons mis au point avec la Colombie-Britannique et qu'on met actuellement en place dans quelques provinces. Il convient de mentionner que nous nous affairons maintenant avec l'Ontario à l'amélioration du module de gestion des épidémies du système d'information en question qui, à l'avenir, nous permettra de mieux gérer les quarantaines. Le Système de gestion des données de laboratoire nous rappelle qu'il y a lieu de faire circuler l'information entre les différents types de fournisseurs — les hôpitaux, les médecins, les professionnels de la santé publique, les laboratoires — parce que les personnes appelées à donner suite à des épidémies comme celle du SRAS ne seront pas toutes présentes au même endroit. Par conséquent, nous devons faire circuler l'information de façon détaillée et compréhensible.

La mention de la SCISP, initiative axée sur la collaboration, montre que nous avons mis au point un accord de collaboration, auquel participent tous les représentants de l'ensemble des provinces et des territoires, qui s'emploient à perfectionner ces systèmes d'information, tout d'abord dans le contexte des maladies transmissibles et de l'immunisation, pour que nous disposions d'une capacité accrue de transmettre de l'information non seulement à l'intérieur d'une province, mais également entre les provinces et au niveau national.

Selon le point centré suivant, «Architecture», nous y parvenons en établissant des normes et des systèmes de gestion de l'information assurant l'interopérabilité des systèmes, non seulement pour la santé publique, mais aussi, à plus long terme, pour la santé publique en rapport avec des projets et des initiatives comme le dossier de santé électronique, qui est un projet à très long terme.

Il est certain que nous devons continuer de perfectionner les ressources humaines et les compétences dans ces domaines. Cependant, on a et on aura toujours besoin de bons systèmes d'information grâce auxquels des personnes hautement qualifiées seront en mesure d'analyser et d'interpréter ces données. Santé Canada, qui est actif dans ce domaine depuis longtemps, a accru ses activités.

Enfin, en ce qui concerne les blessures et les maladies chroniques, nous rappelons que l'activité et l'investissement dans le domaine de l'information sont utiles non seulement

disease, but the same infrastructure serves also to improve our information and our knowledge and the way we manage chronic diseases and injuries also.

**Dr. Ron St. John, Director General, Centre for Emergency Preparedness and Response, Health Canada:** On slide 18, we outline some of the basic principles and premises on which the Centre for Emergency Preparedness and Response works. Mr. Harlick has already explained and described what we call the "cascade" of response and assistance, from local, to provincial and territorial, to federal. I would draw your attention to the fact that the local resources have to be prepared to respond first, because the event is always local initially. Our commitment to the country is to provide all of our federal resources in health to anywhere in the country within 24 hours of a request for assistance.

It is important also to note that infectious disease outbreaks can be either natural or human caused. SARS was a natural event; anthrax could be either natural or human caused; and smallpox will always be human caused, because we have eradicated that disease.

At the federal level, Health Canada's Centre for Emergency Preparedness and Response provides a platform to address any one of those possibilities. For example, just this week, in Cranbrook, B.C., we provided a mobile hospital to a fire camp where there was an outbreak of gastrointestinal illness among firefighters. That was provided and deployed immediately upon request, and well over 100 people were treated in that mobile hospital.

On the next slide, again, Mr. Harlick has described the Government of Canada Emergency Preparedness and Response framework. I would draw your attention to the federal-provincial-territorial network for emergency preparedness and response, established in June 2002 by deputy ministers. After 9/11, the deputy ministers established this special task force to examine gaps in our response capacity across the country. In June 2002, when the task force finished its work, it was replaced with a network of chief medical officers of health, emergency health services personnel, emergency social services personnel at the provincial and territorial levels, and ourselves at the federal level.

The network has been tasked with implementing the 31 recommendations from the task force and preparing a seamless, coordinated emergency preparedness and response capacity in health across all jurisdictions in Canada.

As noted on the slide, approximately 55 per cent of the recommendations have been completed. All recommendations are being addressed by the network at this time.

pour les préoccupations immédiates concernant les maladies transmissibles, mais aussi que la même infrastructure nous permet d'améliorer nos informations et nos connaissances de même que la façon dont nous traitons les blessures et les maladies chroniques.

**Dr Ron St. John, directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence, Santé Canada:** Dans le dix-huitième acétate, nous faisons état d'un certain nombre d'hypothèses et de principes de base sur lesquels se fondent le Centre de mesures et d'interventions d'urgence. M. Harlick a déjà expliqué et décrit ce que nous appelons l'intervention et l'aide en «cascade», c'est-à-dire la progression du niveau local vers le niveau provincial ou territorial et le niveau fédéral. J'attire votre attention sur le fait qu'on doit préparer les ressources locales à intervenir en premier puisque, au départ, on a toujours affaire à des événements locaux. Sur le plan national, nous nous engageons à déployer toutes les ressources fédérales en santé n'importe où au pays dans les 24 heures suivant la réception d'une demande d'aide.

Il importe aussi de souligner que les épidémies infectieuses peuvent être naturelles ou causées par l'homme. Le SRAS était un phénomène naturel; la maladie du charbon pourrait avoir des causes naturelles ou humaines; enfin, une épidémie de variole aurait forcément des causes humaines, la maladie ayant été éradiquée.

Au niveau fédéral, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de Santé Canada fournit une plate-forme permettant de réagir à l'une ou l'autre de ces possibilités. À titre d'exemple, cette semaine, à Cranbrook, en Colombie-Britannique, nous avons fourni un hôpital mobile à un camp forestier où les pompiers étaient victimes d'une épidémie de troubles gastro-intestinaux. Sur réception de la demande, l'hôpital mobile a été fourni et déployé immédiatement, et bien plus de 100 personnes y ont été traitées.

Je passe maintenant à l'acétate suivant. Une fois de plus, M. Harlick a décrit le cadre du gouvernement du Canada relatif aux mesures et interventions d'urgence. J'attire votre attention sur le réseau fédéral-provincial-territorial pour les mesures et interventions d'urgence qui a été créé en juin 2002 par les sous-ministres. Après le 11 septembre, ces derniers ont constitué ce groupe de travail spécial, auquel ils ont donné le mandat d'examiner les lacunes de notre capacité d'intervention partout au pays. En juin 2002, au moment où il a terminé ses travaux, le groupe de travail a été remplacé par un réseau composé des directeurs de la santé, des membres du personnel des services de santé d'urgence, des membres du personnel des services sociaux d'urgence aux niveaux provincial et territorial et de nous au niveau fédéral.

Le réseau s'est vu confier le mandat de donner suite aux 31 recommandations du groupe de travail et de préparer une capacité harmonieuse et concertée au titre de la protection civile et des interventions dans l'ensemble des administrations du Canada.

Comme on le souligne dans l'acétate, environ 55 p. 100 des recommandations se sont concrétisées. Au moment où nous nous parlons, le réseau étudie toutes les recommandations.



**The Chairman:** May I thank all of you for that comprehensive overview, which nevertheless raises a considerable number of questions in my colleagues' minds. I would like to turn to our list of questioners. Before I do so, may I welcome, on behalf of the committee, Senator Trenholme Counsell, who was just appointed yesterday. Thank you for jumping into this right off the bat; and I will say to the witnesses that our new colleague not only served as a minister for community services in the New Brunswick government, she is also a physician. She brings to this issue some not insignificant background in terms of understanding where we are going. Welcome. Thank you for joining us.

**Senator Keon:** Thank you all for coming before us here today. It seems to me that what came out of the SARS incident was considerable criticism of what we have in place. It seemed that from every corner there were calls for a national coordinating system that would work better than last time around. Indeed, some of the more severe critics said that dealing with the SARS epidemic became almost dependent on an old boys' network.

I would like to hear from you collectively. Mr. Harlick could start, but then the others could join in. We have heard about the cascade of authority and so forth, when Toronto, for example, declared a medical emergency.

The consensus is that things did not go very smoothly. Perhaps you could lead us through what did transpire and how the system works when a state of emergency in health is declared. I know you tried to address it, Mr. Harlick, and Mr. St. John, but drill down a little further and tell us just what happened.

**Mr. Harlick:** I will approach it at a general level. Mr. Broughton will then pick up on the actual instance of SARS in Toronto.

The crucial concept of lead minister and lead department is the central operational fulcrum, if you will, for how the federal government organizes its emergency preparedness responsibilities and how it executes them in implementation. For example, in a health situation, it is quite logical for the Minister of Health to take the lead on behalf of the government to address the problem if it is a health policy issue. In the case of an emergency, that minister has the best advice, skilled people, assets, and inherent response capacity, which is in the centre operated by Dr. St. John, for mobilizing the health advice and resources of the federal government to apply to the given instance. In this case, SARS.

That lead minister concept is key. The key to making the system work is to ensure that there is an early, confirmed identification of the appropriate lead minister, which then allows

**Le président:** Permettez-moi de vous remercier tous de ce survol des plus complets, lequel soulève néanmoins un nombre considérable de questions dans l'esprit de mes collègues. J'aimerais maintenant céder la parole aux sénateurs qui ont demandé à poser des questions. Mais, auparavant, j'aimerais, au nom du comité, souhaiter la bienvenue au sénateur Trenholme Counsell, qui a été nommée hier. Merci de plonger immédiatement dans le feu de l'action; à l'intention des témoins, je précise que notre nouvelle collègue, en plus d'avoir été ministre des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, est médecin. Elle possède donc le bagage nécessaire pour comprendre ce que nous cherchons à faire. Soyez la bienvenue. Merci de vous joindre à nous.

**Le sénateur Keon:** Merci à tous les témoins de leur comparution d'aujourd'hui. Pour ma part, j'ai l'impression que l'incident du SRAS a donné lieu à de nombreuses critiques sur les mécanismes que nous avons en place. De toutes parts, on semble avoir lancé des appels en vue de la mise au point d'un système de coordination qui fonctionnerait mieux que la dernière fois. En fait, certains des critiques les plus virulents ont même laissé entendre que le traitement de l'épidémie de SRAS a presque été l'affaire d'une vieille clique.

J'aimerais vous entendre réagir collectivement. M. Harlick peut commencer, mais j'invite les autres à lui emboîter le pas. On nous a parlé de la cascade du pouvoir et ainsi de suite lorsque la ville de Toronto, par exemple, a déclaré une urgence médicale.

Le consensus est que les choses ne se sont pas déroulées de façon très harmonieuse. Peut-être pourriez-vous nous donner une idée de ce qui s'est passé et du fonctionnement du système en cas de déclaration d'une urgence sanitaire. Je sais que vous avez tenté de répondre à cette question, MM. Harlick et St. John, mais je vous invite à aller un peu plus loin et à nous faire un simple compte rendu de ce qui s'est passé.

**M. Harlick:** Je vais aborder la question d'un point de vue général. M. Broughton dira ensuite un mot des cas de SRAS à Toronto.

La notion fondamentale de ministres et de ministères responsables est la pierre d'angle opérationnelle centrale sur laquelle s'appuient les mesures de protection civile prises par le gouvernement fédéral de même que leur mise en œuvre. À titre d'exemple, dans le domaine sanitaire, il est relativement logique qu'un ministre de la Santé assume les responsabilités au nom du gouvernement lorsque le problème auquel on est confronté est d'ordre sanitaire. En cas d'urgence, le ministre est en mesure de fournir les meilleurs conseils qui soient et mise en outre sur des ressources humaines compétentes, des actifs et une capacité d'intervention inhérente, soit le centre dirigé par le Dr St. John. Il est ainsi en mesure de mobiliser les ressources et les connaissances du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé pour pouvoir les appliquer à tel ou tel problème, dans ce cas-ci, le SRAS.

La notion de ministre responsable est fondamentale. Pour que le système fonctionne, on doit absolument avoir une identification précoce et confirmée du ministre responsable compétent, qui a

that person to be very clear about the responsibility. Their officials know to support them. The rest of the town organizes itself in support of that lead.

Obviously, also, these complex emergencies, which seemingly are more prevalent than in the past — and SARS being one — impact people not only through the means of their own illness, but in their modes as restaurant goers or providers of service. It had impacts in other areas of the world, including the economy and various sectors such as transportation. We know that from what we saw collectively in Toronto.

The system also has to have the ability to organize or bring together, at the given level of government, the federal level and those other interests in a concerted way, so that there is no gap between the health concerns and health advice and these other areas that are being impacted by the nature of the health emergency, and for which federal assistance and federal information also must be brought together.

Mr. Broughton could layer in how the health department exercised that lead role.

**Senator Keon:** I will just take a moment before we go to Mr. Broughton. I take it that if the state of health emergency is declared in Metro Toronto, the cascade that has been described lands on your desk. Is that correct?

**Mr. Harlick:** No, it would not. In this case, it landed on Health Canada's desk.

**Senator Keon:** I see.

**Mr. Harlick:** I am talking about a health emergency.

**Senator Keon:** How was the decision made to put it on Health Canada's desk as opposed to yours?

**Mr. Harlick:** It would be invoked by the lead minister concept at the federal level, that this is a health problem and the most appropriate minister to deal with it, not exclusively, but in the lead, is the health minister.

**Senator Keon:** Who made the decision that it was a health problem and not an emergency?

**Mr. Harlick:** Mr. Broughton, would you help me on that one.

**Mr. Broughton:** I think through the process of the discussions that happened from the federal point of view, it was evident to everyone that there was complete consensus across the system that the lead minister should be the Minister of Health on the federal scene.

**Senator Keon:** How did you communicate with each other and come to that decision?

ainsi une idée très claire de ses responsabilités. Les fonctionnaires savent comment appuyer le ministre. Le reste du ministère s'organise pour appuyer le ministre responsable.

De toute évidence, ces urgences complexes, qui semblent plus prévalentes que par le passé — le SRAS ne constituant qu'un exemple —, ont une incidence sur les citoyens non seulement parce qu'ils sont malades, mais aussi parce que leurs habitudes de clients des restaurants ou de fournisseurs de services sont bouleversées. Les urgences ont des effets sur d'autres secteurs, y compris l'économie et diverses industries comme celle des transports. Ce que nous avons vécu collectivement à Toronto nous l'a appris.

Le système doit également avoir la capacité d'organiser ou de réunir, à l'ordre de gouvernement concerné, le palier fédéral et d'autres intérêts, de façon concertée: on s'assurera ainsi qu'il n'y a pas d'écart entre, d'une part, les préoccupations et les conseils sanitaires et, d'autre part, les autres domaines touchés par la nature de l'urgence sanitaire, pour lesquelles on doit aussi pouvoir compter sur l'aide du gouvernement fédéral et ses ressources en information.

J'invite maintenant M. Broughton à préciser comment le ministère de la Santé a joué ce rôle.

**Le sénateur Keon:** Je veux ajouter une chose avant que nous passions à M. Broughton. Si un état d'urgence sanitaire est déclaré à Toronto, je tiens pour acquis que le dossier finit sur votre bureau en raison de la cascade qui a été décrite antérieurement. Ai-je raison?

**M. Harlick:** Non. Dans ce cas, le dossier aboutirait sur le bureau de Santé Canada.

**Le sénateur Keon:** Je vois.

**M. Harlick:** Je veux ici parler d'une urgence sanitaire.

**Le sénateur Keon:** Comment a-t-on décidé de confier le dossier à Santé Canada plutôt qu'à vous?

**M. Harlick:** En vertu de la notion de ministre responsable au niveau fédéral, c'est le ministre de la Santé qui est le mieux placé pour faire face à un problème de santé, pas de façon exclusive, mais à titre de ministre responsable.

**Le sénateur Keon:** Qui a décidé qu'il s'agissait d'un problème de santé et non d'une urgence?

**M. Harlick:** Monsieur Broughton, vous pourriez m'aider à répondre?

**M. Broughton:** Des discussions qui ont été tenues au niveau fédéral; il s'est dégagé un consensus complet, d'un bout à l'autre du système, que le ministre responsable devrait être le ministre de la Santé au niveau fédéral.

**Le sénateur Keon:** Comment avez-vous communiqué entre vous? Comment en êtes-vous venus à cette décision?



**Mr. Broughton:** There are committees of officials within the federal system. There are existing groups of people who would come together and have those discussions. Obviously, the ministers have their own forums where they meet, cabinet committees and other places.

We do have existing mechanisms to meet on a regular basis. Those were called together fairly quickly, and we worked our way through the issues.

**Senator Keon:** Thank you.

**Mr. Broughton:** I look to my colleague to help me out, but I can give you a broad perspective from the Health Canada point of view. We have two perspectives. One is the one that my colleague has described within the federal system, so it is necessary for us to make the determination of which minister and which department would be presented with the lead. In cases of natural disasters, it is more likely to stay with OCIPEP. When you move into the health domain —

**The Chairman:** Just to clarify, on that basis, the lead minister would be the Minister of Defence. Is that correct?

**Mr. Broughton:** Correct.

The health dynamic is a little different. People do tend to use the notion of an emergency, particularly when talking of an infectious disease. As important and urgent as it is, it is not an emergency in the same sense as some of the natural disasters.

The system looks to Health Canada. We all understood that our minister would then be the lead minister and we, as officials, would support her in that process.

The second dynamic, which is where most of the discussion plays out, is what happens within the country. Mr. Harlick and Dr. St. John were explaining that when an event occurs it starts locally, works up to the provincial or territorial level and then comes to the federal level. That is the second dynamic with which we were working.

The way SARS developed, it never did evolve into a national emergency in the sense of it being across the entire country. Most of what happened around SARS, as we all know, was focused on Toronto.

It was a national issue because it was also an international issue in terms of the spread of the disease and relationships with the World Health Organization and others. There was clearly a significant role for the federal government, but the event, in and of itself, stayed fairly contained. There were obviously issues in British Columbia, but they were much smaller.

In terms of the invoking of legislation or the invoking of any emergency action on anyone's part, it was initially contained in Toronto. The province then stepped in and invoked its emergencies legislation. The federal government did not decide to declare any use of any emergency legislation.

**M. Broughton:** Il y a des comités de fonctionnaires dans le système fédéral. Il y a des groupes de personnes qui se réunissent et qui ont de telles discussions. De toute évidence, les ministres ont leurs propres tribunes où ils se rencontrent, des comités du Cabinet et d'autres instances.

Nous possédons des mécanismes qui nous permettent de nous réunir de façon régulière. On a convoqué de telles réunions assez rapidement, et les problèmes ont fait l'objet d'un examen.

**Le sénateur Keon:** Je vous remercie.

**M. Broughton:** Je compte sur l'aide de mon collègue, mais je peux vous brosser un portrait général de la situation du point de vue de Santé Canada. Le problème se posait à nous de deux manières. Compte tenu du système fédéral tel que mon collègue vous l'a décrit, nous avons d'abord dû définir le ministre et le ministère responsables. En cas de désastre naturel, la responsabilité est plus susceptible d'échoir au BPIEPC. En ce qui concerne le domaine de la santé ...

**Le président:** Histoire de préciser, le ministre responsable, dans un tel cas, serait le ministre de la Défense, n'est-ce pas?

**M. Broughton:** Exactement.

Dans le domaine de la santé, la dynamique est un peu différente. On a tendance à parler d'urgence, notamment lorsqu'on a affaire à une épidémie infectieuse. Malgré l'importance et l'urgence de la situation, il ne s'agit pas d'une urgence au sens où on l'entend relativement à certains désastres naturels.

Le système se tourne vers Santé Canada. Nous avons tous compris que notre ministre allait agir à titre de ministre responsable et que nous, à titre de fonctionnaires, allions avoir pour tâche de la soutenir.

La deuxième dynamique, celle sur laquelle ont porté la plupart des discussions, concerne la situation au pays. Comme M. Harlick et le Dr St. John l'ont expliqué, un événement débute au niveau local, puis remonte jusqu'au niveau provincial ou territorial pour finir au niveau fédéral. Il s'agit de la deuxième dynamique dont nous devons tenir compte.

Le SRAS tel qu'il s'est manifesté n'est jamais devenu une urgence nationale en ce sens qu'il aurait posé des problèmes dans l'ensemble du pays. Comme nous le savons tous, la plupart des problèmes entourant le SRAS ont été centrés à Toronto.

C'était aussi un problème national dans la mesure où, à cause de la propagation de la maladie et des liens avec l'Organisation mondiale de la santé et d'autres, il s'agissait d'un problème international. Le gouvernement fédéral devait de toute évidence jouer un rôle de premier plan, mais le phénomène, en soi, est demeuré relativement confiné. Évidemment, les problèmes se sont posés en Colombie-Britannique, mais à une échelle beaucoup plus petite.

Pour ce qui est du recours à des dispositions législatives ou à des mesures d'urgence par qui que ce soit, le problème, au départ, se limitait à Toronto. La province est intervenue et s'est prévaluée de ses mesures d'urgence. Le gouvernement fédéral n'a pas décidé d'avoir recours à ses propres mesures d'urgence.

Throughout the entire SARS event, the majority of what needed to be done was actually being handled on the ground by a combination of local and provincial officials. The federal role, of course, was significant in terms of advice, sending in resources and dealing with an international perspective.

We recognize one major challenge now and are trying to work through it. With the help of this committee, and other things, perhaps we can.

There is the challenge if something does become national in scope. We would need to figure out, in the case of an infectious disease, how many cities and locations within the country would require moving the coordination and actual authority beyond a local or a provincial and territorial perspective.

**Mr. Gully:** The request for assistance, for an investigation, occurred before the declaration of emergency in Ontario. We often send individuals to assist an investigation. We have officials located across the country already. During that first week, we did send epidemiologists to assist Ontario before that particular state was declared.

**Senator Callbeck:** Thank you for coming this afternoon.

I am still not clear as to who establishes the lead minister. You may have a disaster that affects three departments. Who determines who the lead minister will be?

**Mr. Harlick:** In that case, senator, I would suggest that the Prime Minister would confirm a decision of officials on who would be the lead and who would take the chair of the interdepartmental coordination process.

Obviously, the Prime Minister takes advice from the Privy Council Office, PCO. They become intimately engaged in these kinds of events and can be involved quite significantly in coordination or lead capacity.

**Senator Callbeck:** Is there nothing in legislation, or somewhere, that determines who the lead minister would be?

**Mr. Harlick:** I cannot quote from the federal policy on emergencies but it does make a reference to the lead minister and department. I would be surprised if there were not a reference to the PCO providing advice on behalf of the Prime Minister and confirming the suitability of that choice. As you know, a certain emergency could occur that affected three or four issue areas or sectors and a choice would have to be made. If I were to go back to the days of Mr. Mulroney and the Edmonton tornado, it was the Deputy Prime Minister of the day, Mr. Don Mazankowski, who was the lead minister to handle the federal response. He was the regional minister located there and a member of cabinet — it worked that way. The Prime Minister can make choices in accordance with his or her appreciation of the situation. There is no cookie-cutter approach. In fact, the flexibility allows the best choice to be made in a given situation.

Tout au long de la crise du SRAS, ce sont les fonctionnaires municipaux et provinciaux qui se sont occupés de la plupart des problèmes sur le terrain. Évidemment, le gouvernement fédéral a joué un rôle important en fournissant des conseils, en dépêchant des ressources et en traitant la question sur le plan international.

Nous sommes aujourd'hui conscients d'un défi de taille que nous nous employons à relever. Avec l'aide du comité et d'autres facteurs, nous y réussissons peut-être.

Le défi concerne ce qui arriverait dans l'hypothèse d'un événement d'envergure nationale. S'il s'agissait d'une maladie infectieuse, nous devrions déterminer dans combien de villes et de régions du pays il y aurait lieu de déplacer la coordination et les pouvoirs réels du niveau local ou provincial et territorial vers un niveau plus élevé.

**M. Gully:** La demande d'aide, aux fins de la tenue d'une enquête, a été faite avant la déclaration d'urgence en Ontario. Nous avons mandaté des ressources aux fins de cette enquête. Nous avons déjà des fonctionnaires établis aux quatre coins du pays. Au cours de la première semaine, nous avons envoyé des épidémiologistes en Ontario avant même que l'état d'urgence ne soit déclaré.

**Le sénateur Callbeck:** Merci à tous d'être venus.

Je ne suis toujours pas certaine de savoir comment on désigne le ministre responsable. On peut imaginer un désastre qui concernerait trois ministères. Qui désigne le ministre responsable?

**M. Harlick:** Dans un tel cas, sénateur, j'imagine que c'est le premier ministre qui confirmerait la décision de fonctionnaires relativement à qui agirait comme responsable et à qui présiderait le processus de coordination interministérielle.

De toute évidence, le premier ministre prend conseil auprès du Bureau du Conseil privé (BCP). Le Bureau a tendance à prendre une part active à ce genre de manifestation et peut jouer un rôle important du point de vue de la coordination ou des responsabilités.

**Le sénateur Callbeck:** N'y a-t-il rien dans la loi ou ailleurs qui permette d'établir qui sera le ministre responsable?

**M. Harlick:** Je ne suis pas en mesure de citer la politique fédérale sur les urgences, mais on y fait référence à la notion de ministre et de ministères responsables. Je serais étonné d'apprendre qu'on n'y dit rien à propos des conseils que le BCP peut fournir au nom du premier ministre et de la confirmation de l'adéquation d'un tel choix. Comme vous le savez, il arrive qu'une urgence touche trois ou quatre domaines ou secteurs, et on doit alors effectuer un choix. Si je remonte à l'époque de M. Mulroney et de la tornade qui a frappé Edmonton, c'est le vice-premier ministre de l'époque, M. Don Mazankowski, qui a agi comme ministre responsable chargé de coordonner les interventions fédérales. Il était ministre régional établi là-bas et membre du Cabinet — c'est ainsi qu'on a fonctionné. Le premier ministre peut effectuer ses choix en fonction de sa lecture de la situation. Il ne s'agit pas d'une approche à l'emporte-pièce. En fait, c'est cette marge de manœuvre qui permet d'effectuer le meilleur choix possible compte tenu de la situation.



**Senator Trenholme Counsell:** Mr. Harlick, I am interested in your answer to Senator Callbeck's question. I was assuming that because the Emergency Preparedness Act is under the Minister of National Defence, that minister would immediately assume responsibility, probably in consultation with the Prime Minister, and designate, if he or she were not to do it, the lead minister. Is it not that clear? I thought it was clear in the act.

**The Chairman:** It appears that it is not clear.

**Mr. Harlick:** That is correct. I can confirm that there is no reference to the lead minister concept in the Emergency Preparedness Act. It is covered in the "Federal Policy for Emergencies" that came out in 1995. For example, a flood, or other general emergency, engages the provincial emergency preparedness organization, which is our natural partner. The presumption would be that the minister responsible for emergency preparedness, the Minister of National Defence, would be the lead minister in that emergency. In fact, the power outage is the most current example of where that occurred. If there is a health crisis, as Mr. Broughton has indicated, it is natural to look to the Minister of Health.

Those things are subject to confirmation by the Prime Minister or by the Privy Council Office, as required. There could be, however, a very complex emergency. Let us factor in the terrorist example. That immediately brings in the Solicitor General, who is responsible for the National Counter-Terrorism Plan. An act by terrorists that has some kind of health impact on the population, as well as a more general emergency impact such as the dislocation of people, immediately puts up an interesting scenario as to who should be the lead minister. That is when a deliberate choice would have to be made quickly by PCO and the Prime Minister. The system would organize itself to handle that. In fact, it is even conceivable, in the course of an emergency, for the lead to shift as the focus of the effort may shift during an extended or prolonged emergency.

**Senator Morin:** I might say, while I have a chance, that we truly appreciated the efforts you made during the SARS epidemic to inform parliamentarians. I know that Mr. Broughton and Dr. Gully came at least three times to the Hill during an extremely busy schedule. We appreciate the effort you made to inform us. You answered all of our questions and it was extremely useful for us.

We may not see you again before the committee, I understand, so I would like to get back immediately to the future. I do not know who mentioned that the public health system during the SARS epidemic was strained. I think it was more than strained. According to the Ontario Minister of Health, it was close to the breaking point. Had there been another public health issue at the

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Monsieur Harlick, la réponse que vous avez fournie à la question du sénateur Callbeck m'intéresse. Comme la Loi sur la protection civile relève du ministre de la Défense nationale, je tenais pour acquis que ce dernier assumerait les responsabilités, probablement en consultation avec le premier ministre, et désignerait, s'il n'entendait pas se prévaloir de sa prérogative, le ministre responsable. N'est-ce pas clair? Je croyais que la procédure était clairement définie dans la loi.

**Le président:** On dirait que ce n'est pas clair.

**M. Harlick:** C'est exact. Je suis en mesure de confirmer que la Loi sur la protection civile ne contient aucune référence à la notion de ministre responsable. Cette dernière est issue de la «Politique fédérale relative aux situations d'urgence» de 1995. À titre d'exemple, une inondation ou une autre urgence à caractère général entraîne l'intervention de l'organisation provinciale chargée de la protection civile, qui est notre partenaire naturel. Dans un tel cas, on postulerait que le ministre responsable de la protection civile, soit le ministre de la Défense nationale, agirait à titre de ministre responsable. En fait, la panne de courant est l'illustration la plus récente d'un tel phénomène. S'il y avait une crise sanitaire, comme M. Broughton l'a indiqué, il serait tout naturel de se tourner vers le ministre de la Santé.

Au besoin, ces décisions doivent être confirmées par le premier ministre ou le Bureau du Conseil privé. Cependant, on pourrait être confronté à une urgence très complexe. Imaginons que le Canada fait l'objet d'une attaque terroriste. Un tel événement entraînerait une intervention immédiate du Solliciteur général, responsable du Plan national de lutte contre le terrorisme. Si l'attaque terroriste avait des conséquences sur la santé de la population de même que des conséquences plus générales, par exemple un déplacement de population, on serait tout de suite confronté à un scénario intéressant du point de vue de l'identité du ministre responsable. C'est à ce moment que le BCP et le premier ministre devraient prendre une décision rapide. Le système s'organiserait en conséquence. En fait, on peut même imaginer que, au cours d'une situation d'urgence, la responsabilité puisse passer d'un ministre à un autre, la nature des efforts se transformant au cours d'une urgence généralisée ou prolongée.

**Le sénateur Morin:** Pendant que j'en ai l'occasion, je tiens à dire que nous vous savons gré des efforts que vous avez déployés pendant l'épidémie de SRAS pour tenir les parlementaires au courant de la situation. Je sais que M. Broughton et le Dr Gully sont venus sur la Colline à au moins trois reprises malgré un emploi du temps extrêmement chargé. Nous vous sommes reconnaissants des efforts que vous avez déployés pour nous informer. Vous avez répondu à toutes nos questions, ce qui a été extrêmement utile pour nous.

D'après ce que je comprends, il est possible que nous ne vous revoyions plus devant le comité, et je vais donc en revenir immédiatement à l'avenir. Je ne sais pas qui a dit que le système de santé publique a été mis à rude épreuve par l'épidémie de SRAS. À mon avis, il a été plus que mis à l'épreuve. Selon le ministre de la Santé de l'Ontario, on a frôlé l'éclosion. Si un

same time, the whole thing would have broken down. Had this epidemic occurred in a smaller province, it also would have been a complete disaster.

The situation in Canada is such that all public health issues, with a few exceptions such as immigration, fall under the responsibility of the provinces, where the resources are. If there is a major emergency, it is extremely difficult, as was shown during the SARS epidemic in Toronto, to mobilize all these provincial resources.

Mr. Harlick, you referred to the future as involving a national surge capacity with coordination between the provinces. I think we should take it one step further and have cooperation between the provinces. I think the provinces would agree that we should have complete integration of public health resources in the face of a major disaster or epidemic, whether it is a local or a national emergency. SARS was a local emergency of near-disaster proportions.

Both the CMA and the Naylor report, from what we have read in *The Globe and Mail*, strongly recommend a national agency that would integrate the public health resources of the provinces, would have a responsibility for surveillance and information, and, especially, would have the capacity to respond in the case of a major crisis by mobilizing the resources. Finally, there are relatively few resources at the federal level; and I realize that. There is expertise and a potential to react but there is very little to mobilize there.

Now, most countries have gone this way. Of course, the CDC, as it is today, is relatively recent.

**The Chairman:** The CDC is the Center for Disease Control in Atlanta.

**Senator Morin:** Yes, it is in the United States.

The U.K. has just set up a health protection agency precisely for this same issue — to mobilize resources and for surveillance in the area of infectious disease, also poison and so forth. Australia has done the same. Every country is faced with the same problem and the same solution — setting up an agency that is, with apologies, not bureaucratic but prepared to immediately respond to crises with scientific leadership, inclusion of the provinces, and a responsibility for public health.

I know you may not be prepared for this, but I am bringing this up today because we may not see one another again. This is on everyone's mind after reading what the CMA stated in its public submission to the Naylor commission. You know clearly what I am talking about — an independent agency, led by a scientific director who reports directly to the minister, to integrate the

autre problème de santé publique s'était déclaré en même temps, tout se serait effondré. Si l'épidémie s'était produite dans une province plus petite, on aurait été confronté à un désastre en bonne et due forme.

La situation au Canada est telle que tous les problèmes de santé publique, à quelques exceptions près, par exemple l'immigration, relèvent de la responsabilité des provinces, où sont les ressources. En cas d'urgence majeure, il est extrêmement difficile, comme l'a montré l'épidémie de SRAS qui a frappé Toronto, de mobiliser l'ensemble de ces ressources provinciales.

Monsieur Harlick, vous avez fait allusion à l'avenir en évoquant une forte augmentation des ressources à l'échelle nationale dans le contexte de la coordination entre les provinces. Je pense que nous devrions franchir un pas de plus et coopérer avec les provinces. Je pense que ces dernières seraient d'accord pour que nous procédions à une intégration complète des ressources en santé publique en cas d'épidémie ou de désastre majeur, qu'il s'agisse d'une urgence locale ou nationale. Le SRAS a été une urgence locale à cause de laquelle nous avons frôlé le désastre.

D'après ce que rapporte le *Globe and Mail*, l'AMC et les auteurs du rapport Naylor recommandent fortement la création d'un organisme national qui intégrerait les ressources en santé publique des provinces, assumerait la responsabilité de la surveillance et de la formation et, en particulier, aurait la capacité d'intervenir en cas de crise majeure en mobilisant les ressources. Enfin, je me rends compte du fait que les ressources sont relativement limitées au niveau fédéral. Nous avons de l'expertise et la capacité de réagir, mais nous avons fort peu de ressources à mobiliser.

Par ailleurs, la plupart des pays se sont engagés dans cette voie. Bien entendu, le CDC, comme on le connaît aujourd'hui, est relativement récent.

**Le président:** Le CDC est le Center for Disease Control d'Atlanta.

**Le sénateur Morin:** Oui, c'est aux États-Unis.

Le Royaume-Uni vient tout juste de constituer un organisme de protection de la santé pour cette raison précise — mobiliser les ressources et assurer la surveillance des maladies infectieuses, sans oublier les empoisonnements et ainsi de suite. L'Australie a fait de même. Tous les pays sont confrontés au même problème et à la même solution — créer un organisme qui est, je vous présente d'avance mes excuses, non bureaucratique et préparé à réagir immédiatement aux crises en faisant preuve de leadership sur le plan scientifique, en associant les provinces aux démarches et en assumant une responsabilité dans le domaine de la santé publique.

Je sais que vous n'êtes peut-être pas préparé à répondre à cette question, mais je la soulève aujourd'hui parce que nous risquons de ne plus nous revoir. Après la lecture du mémoire public soumis par l'AMC à la commission Naylor, cette question est présente à l'esprit de tous. Vous savez exactement de quoi je veux parler — un organisme indépendant, administré par un directeur



resources at the national level, while prepared to act anywhere at a moment's notice in the face of an emergency or a serious public health problem.

**Mr. Broughton:** One of the issues around surge capacity that is important to understand is why we link communicable and non-communicable diseases. It is done in the context of which people are available to help when you are facing extraordinary circumstances. Many people like to use the analogy of a fire department. Most people think that those hired by a fire department are there to put out the fires.

Thankfully, those do not happen on a regular basis. Therefore, over time, those people have been deployed to do other things around prevention and promotion. In a country as big as Canada, a lot of the thinking that a lot of us are doing these days is around a similar model, in terms of the non-communicable diseases, of having people at whatever level of government or organization working on promotion and prevention on a regular basis. However, when you get yourself into a crisis situation such as SARS, that is when those people might be available and deployable across the system. That is not dissimilar from what they do in the United States with the CDC.

In reacting to the kinds of models that exist, what we discovered through SARS is that there is a need for a model that allows people to react across the whole country. Many models have been put on the table. There are those who understand that within the federal government, you could use Health Canada. In some of our moments, the four people that you have here from Health Canada, plus the two who will speak to you next week — our two lab directors, Frank Plummer and Mohamed Karmali — are, in essence, the current Health Canada version of the CDC. All of the activities — in terms of surveillance, laboratories, infectious disease and so on — sit within that process.

That is one model that people can use. There are those that would argue that it is the resources that need to be there. Our minister and others have obviously expressed a clear interest in looking at how the CDC is functioning. The CDC has a level of independence. Some of it is more perceived than real. They are part of the health department within the United States, although they do work through the system. They do have a reputation, and they do have the resources that allow them to react quickly across the system — so there is that model. It is closely aligned with the states in the way their funding arrangements work. In fact, in many ways, the relationship they have with the states is not dissimilar to what we have with the provinces and territories.

When you hear in the media of the CDC coming in with their teams to save the day, or however it is described, that is always at the request of a state. They do not go in on their own.

scientifique relevant directement du ministre, qui aurait pour charge d'intégrer les ressources au niveau national, tout en étant prêt à intervenir partout, sur très bref préavis, au cas où se déclarerait une urgence ou un problème sanitaire grave.

**M. Broughton:** L'un des enjeux concernant la forte augmentation des ressources, est le lien que nous établissons entre les maladies transmissibles et non transmissibles. On tient compte du nombre de personnes dont on dispose face à des circonstances extraordinaires. De nombreuses personnes se plaisent à utiliser l'analogie de la caserne de pompiers. La plupart des gens croient que les pompiers ont pour tâche d'éteindre les feux.

Heureusement, cela ne se produit pas de façon régulière. Par conséquent, au fil du temps, on a déployé les ressources, et on les a affectées à des tâches touchant la prévention et la promotion. Dans un pays de la taille du Canada, bon nombre d'entre nous songeons sérieusement à un modèle analogue, du point de vue des maladies non transmissibles, c'est-à-dire des personnes relevant d'un ordre de gouvernement quelconque ou d'une organisation qui, de façon régulière, se consacrerait à la promotion et à la prévention. Lorsque frappe une crise comme celle du SRAS, on a cependant sous la main des ressources disponibles pouvant être déployées dans l'ensemble du système. Ce n'est pas si différent de ce que font les États-Unis avec le CDC.

Compte tenu des différents modèles existants, nous avons constaté, dans le contexte du SRAS, que nous avons besoin d'un modèle qui permette à des gens de réagir partout au pays. De nombreux modèles ont été présentés à la table. Pour certains, on pourrait, à l'intérieur de l'appareil fédéral, faire appel à Santé Canada. Par moments, les quatre représentants de Santé Canada que vous accueillez aujourd'hui, plus les deux qui prendront la parole la semaine prochaine — nos deux directeurs de laboratoire, Frank Plummer et Mohamed Karmali — forment essentiellement la version actuelle du CDC à Santé Canada. Toutes les activités — la surveillance, les laboratoires, les maladies infectieuses et ainsi de suite — sont visées.

Voilà un des modèles qu'on peut utiliser. D'aucuns soutiennent que nous devons disposer de ce genre de ressources. Notre ministre et d'autres ont certes manifesté un net intérêt pour le fonctionnement du CDC. Ce dernier a une certaine part d'indépendance. Dans certains cas, il s'agit davantage d'une perception que de la réalité. Le centre fait partie du ministère de la Santé des États-Unis, même s'il ne travaille pas au sein du système. Il a une réputation et des ressources qui lui permettent de réagir rapidement dans l'ensemble du système — il y a donc ce modèle. Il correspond de près à ce que font les États du point de vue du fonctionnement des accords de financement. En fait, à maints égards, la relation du centre avec les États n'est pas si différente de celle que nous entretenons avec les provinces et les territoires.

Lorsque, dans les médias, on entend parler de l'arrivée du CDC et de ses équipes, qui font figure de sauveurs, la demande a toujours été faite par un État, peu importe la description qu'on en fait. Le centre n'intervient pas de son propre chef.

There is the model of using the existing bureaucracy; there is the model of having something more independent, with an agency or centre perspective; and there are others who would create some kind of a model that is, to use your words, national rather than federal. I think a lot of the efforts our minister has made with her health colleagues in the recent past have been around those discussions. What is the nature of the way we are organized in Canada for public health writ large, but specifically for these infectious diseases, that would allow us to handle the circumstances differently?

**Senator Morin:** Would you have a preference for one model over the other? In other words, had we had a completely independent model — independent but reporting to the minister, and with more integration of provincial resources — would it have been different?

**Mr. Broughton:** That is a challenging question for us. I think you will get views out of committee reports like the Naylor report, and you will draw your own conclusions. I think the best answer you could get from us is that a number of factors would have had to be different. I think we would be hard pressed to say that simply changing an organizational model would be the answer, simply adding resources would be the answer, simply having better communications. A scenario like this has shown us that you have to look at all the factors that go into making it work. Many people would argue that there is some merit in a different organizational model.

We in the bureaucracy — and the advice we would give to our minister — would suggest that if that is all you do, the effect will be pretty limited unless you look at everything that happened. Unless, given the way our federation works, you have federal, provincial and territorial players, plus others, willing to sort through what kind of integration, communications and systems we need in place — the things that Dr. Mowat spoke about in terms of information systems — an organizational change will be only part of the answer. That would be our assessment; I think my colleagues would agree.

**Senator Morin:** Thank you for the answer.

**The Chairman:** I am glad you answered for your colleagues, but I would not mind if they actually answered for themselves. I am not being pejorative here, but it does seem to me that nuances matter. Could I ask each of your three colleagues from the department whether there are nuances to Mr. Broughton's answer that might help us explore the alternatives?

**Dr. Gully:** Whether it would have made a difference this time is a challenging question. SARS was different in terms of the magnitude of the issue being dealt with. There were a relatively limited number of cases of this disease, but in terms of how it affected the health care system, how it was responded to in terms of isolation and quarantine — as you know, at any one time there

Selon un des modèles, on peut utiliser la bureaucratie en place; selon un autre, on peut créer une instance indépendante, un organisme ou un centre, par exemple; d'autres encore mettraient au point une forme de modèle qui, pour reprendre vos mots, aurait une dimension nationale plutôt que fédérale. Je pense qu'une bonne part des efforts récents déployés par notre ministre avec ses collègues de la santé ont porté sur ces discussions. Quel est, au Canada, le mode d'organisation de la santé publique au sens large, mais en rapport avec les maladies infectieuses en particulier, qui nous permette de réagir différemment aux circonstances?

**Le sénateur Morin:** Auriez-vous une préférence pour un modèle plutôt que pour l'autre? En d'autres termes, si nous avions eu un modèle tout à fait différent — indépendant, mais relevant de la ministre, avec une intégration plus grande des ressources provinciales —, les choses se seraient-elles passées différemment?

**M. Broughton:** Il est difficile pour nous de répondre à votre question. Vous allez recueillir des points de vue dans des rapports de comité comme le rapport Naylor, et vous allez tirer vos propres conclusions. Je pense que la meilleure réponse que nous puissions vous donner est qu'un certain nombre de facteurs auraient forcément été différents. Nous aurions du mal à affirmer que la simple modification du modèle organisationnel, le simple ajout de ressources ou le simple établissement de meilleures communications constituerait la réponse. Un tel scénario nous a montré que nous devons tenir compte de tous les facteurs qui assurent le bon fonctionnement du système. De nombreuses personnes soutiendraient que l'adoption d'un modèle organisationnel différent se justifie.

Si on ne va pas plus loin, les effets seront relativement limités, à moins qu'on ne tienne compte de tout ce qui s'est passé. Voilà ce que nous dirions en tant que représentants de la bureaucratie; voilà ce que nous dirions à notre ministre. À moins, compte tenu du fonctionnement de notre fédération, que les intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux et d'autres encore acceptent de déterminer le genre d'intégration, de communications et de systèmes dont nous avons besoin — ce qu'a dit le Dr Mowat a dit à propos des systèmes d'information — un changement organisationnel ne constituera jamais qu'une partie de la réponse. Voilà ce que nous répondrions; je pense que mes collègues seraient d'accord avec moi.

**Le sénateur Morin:** Merci de votre réponse.

**Le président:** Je suis heureux que vous ayez répondu pour vos collègues, mais j'aimerais bien les entendre répondre pour eux-mêmes. Je ne cherche nullement à me montrer péjoratif, mais il me semble que les nuances comptent. Puis-je demander à vos trois collègues du ministère s'il serait possible d'assortir la réponse de M. Broughton de nuances pouvant nous aider à explorer les solutions de rechange?

**Dr Gully:** Il est difficile de savoir si la situation aurait été différente. Du point de vue de la magnitude du problème auquel nous étions confrontés, le SRAS était différent. Le nombre de cas de la maladie était relativement limité, mais l'effet qu'il a eu sur le système de soins de santé et les solutions qu'on a dû mettre en place du point de vue de l'isolement et des quarantaines — comme



were maybe 8,000 or 10,000 people in quarantine — meant a huge stress on a system. Even if it had been differently organized, there just was not the capacity in the public health system to deal with an issue that was in the hospital system — and there have been questions about the capacity of the infection control system in hospitals — in addition to what was in the community.

I think the present capacity to respond to it, even if it were a combined federal, provincial and territorial effort, would still have been challenged. It does come down, in part, to the resources available. As you will find out when you do a comparison, the Centers for Disease Control and Prevention do have large resources available to them that they can deploy, and states and local health departments can access those to improve their capacity.

**Dr. St. John:** If I could add to that, senators, I was a CDC employee for 18 years and a commissioned officer in the U.S. Public Health Service for 20 years — 18 with CDC and two years with health and human services at headquarters — before I came to Canada.

It would be my opinion that it would not have made that much of a difference, for some of the reasons that were given by my colleagues. The problem is not with reorganizing or changing; the problem is systemic and structural at many different levels.

**The Chairman:** Can you enlarge on what you mean by that?

**Dr. St. John:** The capacity at local and provincial levels is highly variable across the country. We look at it strictly from an emergency preparedness and response point of view. We see a lot of variability across the country in resources and personnel, training and retention of personnel. There are many issues of a systemic nature that would not, in my opinion, have changed much if there had been a so-called “CDC North”.

**Dr. Mowat:** I perceive a consensus among the public health community on the need to provide the kind of surge capacity that we were able to provide to some extent during SARS, and a consensus that it needs to be further strengthened. There is also a consensus that there are opportunities to strengthen the infrastructure at the local and provincial levels — in terms of things like people, information systems, training — to provide the capacity to respond. There is, I believe, a lot more thinking to be done on the issue of agencies and possible models. For example, to talk about a national versus a federal agency gets us into constitutional territory and the existing legislation, because the provinces all have their own public health legislation. Unfortunately, they are all very different.

vous le savez, il y a eu par moments 8 000 ou 10 000 personnes en quarantaine — ont fait subir un stress énorme au système. Même si l'organisation avait été différente, le système de santé publique n'avait tout simplement pas la capacité de faire face à un problème concernant le milieu hospitalier — on a soulevé des questions au sujet de la capacité du système de contrôle des infections dans les hôpitaux —, outre les ressources dont on disposait dans la collectivité.

Je pense que notre capacité actuelle d'intervention aurait été mise à rude épreuve, même si les ressources fédérales, provinciales et territoriales avaient été mises en commun. Tout se résume en partie aux ressources disponibles. Comme vous le constaterez en établissant des comparaisons, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis disposent d'importantes ressources qu'ils peuvent déployer, et les États tout comme les services de santé locaux peuvent y accéder pour accroître leur capacité.

**Dr. St. John:** Avec votre permission, sénateurs, j'aimerais ajouter que j'ai moi-même travaillé pour le CDC pendant 18 ans et que j'ai été un cadre des services de santé publique des États-Unis pendant 20 ans — 18 ans au CDC et deux ans à l'administration centrale des Health et Human Services — avant de venir au Canada.

À mon avis, la situation n'aurait pas été bien différente, pour certaines des raisons énoncées par mes collègues. Il ne s'agit pas d'un problème de réorganisation ni de changement; en fait, on a affaire à un problème systémique et structurel à de nombreux niveaux.

**Le président:** Pourriez-vous préciser votre pensée?

**Dr. St. John:** La capacité aux niveaux local et provincial varie considérablement d'un bout à l'autre du pays. Nous examinons la situation du strict point de vue de la protection civile et des interventions. Nous constatons d'importants écarts dans les ressources et le personnel dont on dispose au pays, sans parler de la formation et du maintien en fonction du personnel. Il y a de nombreux problèmes de nature systémique auxquels, à mon avis, ce qu'on a appelé un «CDC du Nord» n'aurait pas changé grand-chose.

**Dr. Mowat:** Au sein de la communauté de la santé publique, je crois déceler un consensus sur la nécessité d'une forte augmentation des ressources comparable à celle que nous sommes parvenus à fournir pendant la crise du SRAS, jusqu'à un certain point et un consensus sur la nécessité de renforcer encore plus cette capacité. On s'entend également sur les possibilités de consolider l'infrastructure aux niveaux local et provincial — du point de vue d'aspects comme les ressources humaines, les systèmes d'information, la formation — comme moyen d'établir la capacité d'intervention voulue. À mon avis, il y a encore beaucoup de réflexions à faire sur la question des organismes et des modèles possibles. Par exemple, l'idée d'un organisme national qu'on préférerait à un organisme fédéral nous fait entrer de plain-pied dans le domaine constitutionnel et les lois existantes, les provinces ayant toutes leur propre loi sur la santé publique. Malheureusement, ces dernières sont très différentes les unes des autres.

It would take some considerable time to work through that, in a federal-provincial-territorial partnership, and decide what to do. It is not up to any one party to come up with the definitive model. I believe it is early days to be thinking about models.

**The Chairman:** I have two supplementary questions on that. Number one, who is doing that thinking? Secondly, I understand that for any public problem, one immediately looks for a solution that one can explain to people in easy terms and that sounds plausible. I am always reminded of the H.L. Mencken comment, that for every public problem there is always a solution that is easy, plausible and wrong. I raise the question in the context of the CDC.

Everyone in Canada has heard of the CDC. It is easy to say that we need a Canadian CDC. My point to you, Dr. Mowat, in light of the comments you made, is that surely there must be other models elsewhere in the world in which the kind of thinking about which you are talking goes on. I would like to know who is doing it. Does that kind of thinking include going beyond the CDC model or is there a tendency to simply jump on the one solution that we know?

**Mr. Broughton:** We all want to answer this one. I will start. There are a couple of questions there.

It is fair to say that we are looking at a variety of models. We are looking at the U.K. and Australia. Those are countries to which we tend to look because there are some similarities.

We are looking at other models. Many people are convinced that there does need to be a focus on the American model, if for no other reason than the proximity.

**The Chairman:** The one thing that this committee learned in a two-and-a-half-year study of the health care system is that there is absolutely nothing that you can learn in the Canadian context from the American health care system. We were not looking at it in this context, but if we had one basic rule that underlay all our conclusions, that was it. It is important that we look at some other models.

**Mr. Broughton:** We definitely are doing that. I made reference to the Americans partly because, especially on the infectious side, on communicable diseases, you are talking about something that is international. From that point of view, things start to take effect in a North American context. It is not necessarily that their model is perfect, but we have to have some way to make it fit because much of what happens on the continent, especially with infectious diseases spreading, is significant.

Regarding who is looking at things, our minister obviously is playing a key role with her colleagues on the provincial/territorial side. The ministers of health have given much direction to their deputy ministers and, therefore, to people like me, and others on the various advisory committees, to look at public health and

Il faudrait beaucoup de temps pour démêler toutes ces questions dans le cadre d'un partenariat fédéral-provincial territorial et arrêter une marche à suivre. Il ne revient à aucune des parties intéressées de préciser le modèle définitif. Je pense que nous en sommes au tout début de notre réflexion sur les modèles.

**Le président:** J'aimerais poser deux questions additionnelles à ce sujet. Premièrement, qui fait ces réflexions? Deuxièmement, je constate que, en regard de tout le problème d'ordre public, on se met immédiatement à la recherche d'une solution qu'on pourra expliquer dans des mots simples et qui semblera plausible. J'ai toujours présents à l'esprit les mots de H. L. Mencken pour qui, à tout problème public, il y a toujours une solution facile, plausible et erronée. Je soulève la question dans le contexte du CDC.

Au Canada, tout le monde a entendu parler du CDC. Il est facile d'en venir à la conclusion que nous avons besoin d'un CDC canadien. Ce que je vous dis, docteur Mowat, à la lumière des commentaires que vous avez formulés, c'est qu'il y a sûrement ailleurs dans le monde d'autres modèles dans lesquels on se livre aux réflexions auxquelles vous avez fait référence. J'aimerais savoir qui le fait. Dans ce genre de réflexion, envisage-t-on la possibilité d'aller au-delà du modèle du CDC ou a-t-on tendance à sauter rapidement à la seule solution que nous connaissions?

**M. Broughton:** Nous allons tous vouloir répondre à cette question. Je vais commencer. Au fait, votre question soulève deux ou trois points.

Il est vrai de dire que nous étudions divers modèles. Nous étudions le cas du Royaume-Uni et celui de l'Australie. Ce sont des pays que nous avons tendance à regarder, parce qu'ils présentent certaines similitudes avec nous.

Nous étudions d'autres modèles. Nombre de personnes sont convaincues que nous devons nous concentrer uniquement sur le modèle américain, ne fût-ce que parce que les États-Unis sont proches.

**Le président:** Il y a bien une chose que notre comité a apprise en consacrant deux ans et demi à l'étude du système de santé: on n'a absolument rien à apprendre dans le contexte canadien en regardant le système de santé américain. Nous ne l'étudions pas dans ce contexte, mais s'il y avait une règle de base qui sous-tendait toutes nos conclusions, c'était bien celle-là. Il importe que nous étudions d'autres modèles.

**M. Broughton:** Nous le faisons à coup sûr. Si j'ai parlé des Américains, c'est en partie parce que, du point de vue infectieux, de point de vue des maladies transmissibles, il s'agit de quelque chose d'international. De ce fait, les choses commencent à s'inscrire dans un contexte nord-américain. Le modèle américain n'est pas forcément parfait, mais nous devons trouver une façon de l'adapter, car une bonne part de ce qui survient sur le continent, surtout pour ce qui est de la propagation des maladies infectieuses, importe.

Quant à savoir qui étudie le phénomène, notre ministre, bien entendu, joue un rôle clé aux côtés de ses collègues des provinces et des territoires. Les ministres de la Santé ont bien insisté pour que leurs sous-ministres et, de ce fait, des gens comme moi et d'autres qui siègent à divers comités consultatifs, s'attachent à la



what is happening around SARS. Obviously, our minister engaged Dr. Naylor to do the report. She will be looking to that to provide some advice and guidance.

Within our own communities in Health Canada, we are putting a lot of time and energy into our entire system and looking at the kinds of things that we could do better or differently to be prepared, in the short term, for the upcoming flu season and the possibility of a re-emergence of SARS, but also on a longer-term basis.

The four of us who are here, our colleagues in the labs and numerous other people are looking at everything, from the laboratory network, how we are doing the testing, to what the surveillance system looks like, how ready we are on emergency preparedness and all the infection control guidelines. Health Canada sponsored a meeting in mid-September, which was played out in the press, trying to get at some of the issues. There is much time and energy spent at a variety of places tackling the issue.

**Senator Morin:** The matter of resources is extremely important, either resources that remain at the federal level or that flow through the federal level. The additional advantage of an agency is that resources could flow through the federal level to the provinces.

It is easy to say that provinces do not have the infrastructure and the resources, but some just cannot afford it. There is a need for federal resources that would flow through conditionally to the provinces to help them set up public supports.

Incidentally, the CDC has a remarkable record in training public health officers in the States, something we have never done at the federal level. This is one advantage of an agency that can do all sorts of things, like training and research, which a bureaucracy has less flexibility to do.

**Dr. Gully:** There are models in the U.K., Australia and U.S. Europe is now proposing a central agency. They all wish to take advantage of expertise that exists outside of a federal or other form of government. That would be true here, too.

We would wish, in any kind of model, to work very closely with the British Columbia Centre for Disease Control and the Quebec Institut national de la santé publique. There are other such centres within provincial/territorial governments and in academia. We would want to collaborate with those organizations.

I would like to echo Mr. Broughton's remark about the U.S. We have a close working relationship with the CDC. That is important because of our continental situation. Therefore, we would want to work towards trying to develop surveillance systems that were compatible.

question de la santé publique et à ce qui se passe en rapport avec le SRAS. Évidemment, notre ministre a confié la production du rapport au Dr Naylor. Elle se tournera vers ce rapport pour savoir quelle orientation prendre.

Au sein des services que nous avons à Santé Canada, nous mettons beaucoup de temps et d'énergie à revoir notre système dans son intégralité et à regarder le genre de choses que nous pourrions accomplir de façon meilleure ou différente, à court terme, en prévision de la saison de la grippe et d'une réapparition possible du SRAS, mais, également, à long terme.

Les quatre d'entre nous qui se retrouvent ici, nos collègues dans les labos et de nombreuses autres personnes regardent tout, depuis le réseau des laboratoires jusqu'au régime de surveillance, en passant par la façon de procéder aux tests, notre état de préparation en cas d'urgence et l'ensemble des lignes directrices pour la prévention des infections. Santé Canada a parrainé une réunion à la mi-septembre, dont il a été question dans la presse, pour essayer de s'attaquer à certains des problèmes. Il y a toute une somme de temps et d'énergie qui est consacrée, à divers endroits, à des initiatives visant à régler la question.

**Le sénateur Morin:** La question des ressources est extrêmement importante, qu'il s'agisse de ressources qui demeurent au niveau fédéral ou de ressources qui empruntent la voie fédérale. Autre avantage d'un organisme: les ressources pourraient transiter par l'administration fédérale afin de parvenir aux provinces.

Il est facile de dire que les provinces n'ont plus d'infrastructure ni les ressources nécessaires; certaines d'entre elles n'ont tout simplement pas les moyens de se payer ça. Il faut des ressources fédérales qui seraient destinées, moyennant certaines conditions, aux provinces, pour qu'elles puissent mieux établir les mesures de soutien public.

Soit dit en passant, le CDC excelle dans la formation de spécialistes de la santé publique, aux États-Unis, ce que nous n'avons jamais fait ici au niveau fédéral. Voilà un des avantages que présente un organisme apte à prendre en charge toutes sortes de tâches, comme la formation et la recherche, là où une bureaucratie ne dispose pas d'une aussi grande souplesse.

**Dr Gully:** Il y a des modèles au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis. L'Europe propose en ce moment un organisme central. Tous souhaitent tirer parti de l'expertise qui existe en dehors d'un cadre fédéral ou d'une autre forme de gouvernement. Cela vaudrait pour nous, aussi.

Quel que soit le type de modèle adopté, nous voudrions avoir une collaboration étroite avec le British Columbia Centre for Disease Control et l'Institut national de la santé publique du Québec. Il existe d'autres centres de cette nature au sein des administrations provinciales et territoriales, et dans le milieu universitaire. Nous voudrions collaborer avec ces organisations.

Je me ferai l'écho de ce que M. Broughton a dit à propos des États-Unis. Nous bénéficions d'une collaboration étroite avec le CDC. C'est important, étant donné notre situation continentale. Nous voudrions donc nous appliquer à concevoir des régimes de surveillance qui sont compatibles.

Infectious diseases certainly do not respect borders. Therefore, we want to find some way of sharing information and expertise across those borders because certainly there have been outbreaks in the past across both countries.

**Dr. Mowat:** First, I could give Senator Morin additional information about training epidemiology officers. You are correct to say that the U.S. does this. It was the first such program in the world. Canada's was the second program in the world. We have been training epidemiology officers for 27 years now at Health Canada.

It is a two-year course. They are placed at Health Canada or in the provinces to provide assistance. They are our first responders when we are asked for assistance in investigating outbreaks.

On the issue of models elsewhere, there are models we could look at in the U.K., Norway, Sweden, the European Community and New Zealand, in addition to the United States. We are a federation and not all of those countries are. Even if you compare our system with Australia, there are differences. The context is different. It is unlikely that we would find an off-the-shelf kind of answer. All of these need to be looked at and then the debate has to proceed within this country as to what our solution would be.

**Senator Keon:** I want you to comment on ramping this up a notch. It is one thing to look at what exists in other countries. One of the big areas of confusion this time, which hopefully will not occur again, was the difference in statements between the World Health Organization and our authorities in Canada.

Hopefully, what would evolve out of this is our contribution to the global safety net, with integration of whatever comes with the rest of the world. Some of you can address that as the other questions come forward.

**Senator LeBreton:** Thank you very much for appearing today.

My question goes back to an intervention that the Chair made at the beginning and also to Dr. Keon's interventions. It is in regards to public health and natural disasters. It is easy for people to get their heads around natural disasters — fires, floods and ice storms. In this case, it was a public health issue.

It was concentrated in the Greater Toronto area, but how do you sort all this out? This had implications for the economy and the hospitality industry. People lost their jobs. The Ontario government had laid out a lot of extra money for extra health care. How do you sort this out?

Certes, les maladies infectieuses ne connaissent pas de frontières. Nous voudrions donc trouver une façon d'échanger des informations et de l'expertise, de part et d'autre de la frontière, car il y a certainement eu, par le passé, des flambées qui ont touché les deux pays.

**Dr Mowat:** Premièrement, j'aimerais donner au sénateur Morin des renseignements supplémentaires sur la formation des agents d'épidémiologie. Vous avez raison d'affirmer que les États-Unis forment de tels spécialistes. Leur programme a été le premier qu'on ait connu dans le monde. Le programme du Canada a été le deuxième. Nous formons des agents d'épidémiologie depuis 27 ans, maintenant, à Santé Canada.

Il s'agit d'un cours de deux ans. Les gens sont placés soit à Santé Canada, soit dans une province, pour fournir leur assistance. Ce sont eux qui sont les premiers à intervenir quand on nous demande de faire enquête sur des poussées de maladies infectieuses.

Pour ce qui est des modèles qui ont cours ailleurs, il y en a bien que nous pourrions étudier au Royaume-Uni, en Norvège, en Suède, au sein de la Communauté européenne et en Nouvelle-Zélande, mis à part le cas des États-Unis. Nous formons une fédération, ce qui n'est pas le cas de tous ces pays. Même si on compare notre système à celui de l'Australie, on constate certaines différences. Le contexte est différent. Il est peu probable que nous tombions sur une solution toute faite. Il faut étudier tous ces modèles, puis entamer un débat, au pays, pour savoir quelle sera la solution que nous allons adopter.

**Le sénateur Keon:** Je veux savoir ce que vous pensez de l'idée de monter tout ça d'un cran. Regarder ce qui se fait dans d'autres pays, c'est une chose. Une des grandes sources de confusion cette fois-ci, et espérons que nous ne reverrons plus cela, c'est la différence entre les affirmations de l'Organisation mondiale de la santé et celle de nos responsables au Canada.

Espérons que cela débouchera sur une façon pour nous de contribuer au filet de sécurité mondial, par l'intégration avec ce qui est produit dans le reste du monde. Certains d'entre vous peuvent essayer de répondre à cette question, au fur et à mesure que d'autres questions se posent.

**Le sénateur LeBreton:** Merci beaucoup d'être là aujourd'hui.

Ma question nous ramène à une intervention que le président a faite au début et aussi aux interventions du Dr Keon. Elle porte sur la santé publique et les catastrophes naturelles. Les gens n'ont pas de difficulté à saisir ce que représentent les catastrophes naturelles — les incendies, inondations et tempêtes de verglas. Dans le cas qui nous occupe ici, c'était davantage une question de santé publique.

Le problème était limité à la région du Grand Toronto, mais comment voir clair dans tout cela? Le phénomène a eu des conséquences pour l'économie et l'industrie de l'accueil. Il y a des gens qui ont perdu leur emploi. Le gouvernement de l'Ontario a débloqué de grandes sommes d'argent pour les soins de santé supplémentaires que cela a supposés. Comment faire le ménage dans tout ça?



You mentioned the DFAA, the disaster financial assistance agreement. Does that apply in the case of what happened in Toronto? Who sorts it out? Who puts a dollar value on it? Is there anyway to determine the magnitude of the financial disaster as well as a public health disaster? How do you sort out how these various claims against the government for compensation are ever paid out?

What is happening now in the Toronto context? What stage are we at in terms of sorting it out and negotiating?

**Mr. Harlick:** I will take it as two parts. The first part relates to a complex emergency and how all the various strands of the emergency are managed, especially when they can interact with and impact on each other. Senator, you used SARS as the example and, indeed, we have all read about it in the media and perhaps some here have experienced that kind of impact.

The way in which the government tackles that issue is to try to determine the factors in play. There could be health issues; there could be general emergency response issues; there could be economic development issues, such as effects on the tourism sector; there could be unemployment issues, such as individuals in the entertainment or restaurant industries perhaps on reduced hours or laid off pending resumption.

All of those issues can be identified at the federal level as being of interest to, or the responsibility of, one or another government department or agency. The health issues would fall under Health Canada; tourism issues would fall under the Tourism Commission and Industry Canada; and the unemployment issues would fall under Human Resources Development Canada. It would be divided in such a way. You put together an interdepartmental process with which, from your former life, you will be well familiar and bring those departmental representatives under the leadership of the lead department. That could be Health Canada or, because of the variety of departmental interests engaged, it could be the Privy Council Office, which often takes that role in these and other circumstances.

What is the impact? Are there other issues? What could the federal government do? What should the federal government do in these areas? One initiates a dialogue and discussion; shares out work, examinations and work-up of proposals; and they are brought back for discussion and for the shaping of an approach. That happens whether it is for a policy issue, policy development, or an emergency.

That is a standard response on the part of public servants and it varies according to the nature of the occurrence.

Vous avez parlé des AAFCC — les accords d'aide financière en cas de catastrophe. Est-ce qu'ils s'appliquent à ce qui s'est passé à Toronto? Qui décide? Qui détermine les sommes d'argent en jeu? Est-ce qu'il y a une façon de déterminer l'ampleur d'une catastrophe financière aussi bien que d'une catastrophe du point de vue de la santé publique? Comment s'y retrouver dans toutes ces demandes d'indemnisation gouvernementales qui sont versées?

Qu'est-ce qui se passe maintenant dans le contexte torontois? À quelle étape en sommes-nous, pour ce qui est de nous y retrouver et négocier des choses?

**M. Harlick:** Je vais considérer que c'est une question en deux parties. La première partie porte sur une situation d'urgence complexe et la manière dont tous les volets de l'intervention sont gérés, surtout quand il y a interaction entre eux et qu'ils ont une incidence sur les autres. Sénateur, vous avez pris pour exemple le cas du SRAS; de fait, nous avons tous lu des choses là-dessus dans la presse, et peut-être que certaines des personnes ici présentes ont ressenti le genre d'effets dont je parle.

Pour s'attaquer à cette question, le gouvernement essaie de déterminer quels sont les facteurs en jeu. Il peut s'agir de questions qui touchent la santé; il peut s'agir de questions générales concernant les interventions en cas d'urgence; il peut s'agir de questions de développement économique, par exemple les effets du phénomène sur le secteur du tourisme; il peut s'agir de questions relatives au chômage, comme c'est le cas pour les gens du monde du spectacle ou de la restauration, qui, peut-être, travaillent des heures réduites ou sont mis à pied, en attendant que l'économie reprenne son élan.

Du point de vue de l'administration fédérale, toutes ces questions peuvent être considérées comme le champ d'action ou la responsabilité d'un ministère ou d'un organisme quelconque. Les questions touchant la santé relèvent de Santé Canada; les questions touchant le tourisme seraient l'affaire de la Commission du tourisme et d'Industrie Canada; et les questions relatives au chômage relèveraient de Développement des ressources humaines Canada. Les tâches seraient ainsi réparties. Vous concevez un processus interministériel — ce que vous avez bien connu, dans une vie antérieure — et vous réunissez les représentants des ministères en question sous la direction d'un ministère qui est le premier responsable de l'affaire. Il pourrait s'agir de Santé Canada, sinon, étant donné les divers intérêts ministériels dont il est question, du Bureau du Conseil privé, qui prend souvent les rênes de la situation dans de tels cas et dans d'autres encore.

Quelle est l'incidence de tout cela? D'autres questions peuvent-elles entrer en jeu? Que pourrait faire le gouvernement fédéral? Qu'est-ce que devrait faire le gouvernement fédéral de ce point de vue? On lance le dialogue, la discussion, on répartit les tâches, les études et les propositions; et tout ça revient pour une autre discussion qui permet de façonner une approche. C'est ce qui se passe, qu'il s'agisse d'une politique, d'un fait nouveau ou d'une urgence.

Voilà la réponse habituelle que donnent les fonctionnaires à une telle question; elle varie suivant la nature de la question en jeu.

The second part is disaster financial assistance arrangements. They did not apply in the case of SARS in Toronto, as you well know.

**The Chairman:** Why did they not apply?

**Mr. Harlick:** Ministers looked at the situation in Toronto, in Ontario, and at what the disaster financial assistance arrangements were originally created for: natural disasters, physical devastation and severe impact on emergency resources. In fact, yesterday in the Senate, Senator Carstairs, in response to a question on this point, drew the attention of senators to the fact that the disaster financial assistance arrangements are rather blunt instruments in dealing with things other than climatically induced natural disasters such as floods, ice storms, tornados, et cetera. Those financial assistance arrangements are easy to determine and have been many times.

We cannot speak for them here but, when the ministers made their decisions, they thought that the best approach was for the federal government to offer considerable financial assistance to the Province of Ontario. My minister and the health minister were involved, spoke about it publicly and talked about it to their counterparts in the legislature. The best solution was for the federal government to offer to help them bear the cost of the effects of SARS. As you know, Ms. MacLellan and Mr. McCallum were involved, along with other aspects of the government decision-making system. That offer is still before Ontario but it has not been accepted.

**Senator LeBreton:** Again, there is the confusion over who takes charge. There has been some finger pointing on that issue. I know that politics enters into it and there will be finger pointing back and forth — that somehow or other the federal government is not turning over the money, while the federal government says that the province has not applied for it. That is why the public is confused. I can understand, in the case of SARS, why it would not fit the terms of the DFAA. Would the Department of Finance be brought in because of the economic impact? Would that be left to evolve for assessment at a later date?

**Mr. Harlick:** Certainly, the Department of Finance would have been involved in looking at and contributing to this interdepartmental process on the economic impact of SARS in Toronto. They are one of the pre-eminent economic modeling organizations in the federal government so they would have been involved. Finance would be a player and, as you may well recall, the Minister of Finance is a fairly pervasive and ubiquitous player in the halls of government. Yes, the department would have been there as well as other departments. I have articulated the health interest, the emergency response interest, Industry Canada's tourism interest, the Department of Intergovernmental Affairs'

La deuxième partie concerne les accords d'aide financière en cas de catastrophe. Or, ils ne s'appliquent pas au cours du SRAS à Toronto, comme vous le savez bien.

**Le président:** Pourquoi ne s'appliquent-ils pas?

**M. Harlick:** Les ministres ont étudié la situation qu'il y avait à Toronto, en Ontario, et ce pourquoi les accords d'aide financière en cas de catastrophe avaient été créés au départ: les catastrophes naturelles, la dévastation et la gravité des effets du point de vue des ressources en cas d'urgence. De fait, hier, au Sénat, le sénateur Carstairs, en réponse à une question à ce sujet, a attiré l'attention des sénateurs sur le fait que les accords d'aide financière en cas de catastrophe constituent des instruments mal adaptés à autre chose qu'une catastrophe naturelle due au climat comme une inondation, une tempête de verglas, une tornade et ainsi de suite. L'aide financière dans de tels cas est facile à déterminer; cela a souvent été fait.

Nous ne saurions parler ici en leur nom, mais les ministres, quand ils ont pris leurs décisions, ont cru que la meilleure approche consistait pour le gouvernement fédéral à offrir une aide financière substantielle à la province de l'Ontario. Mon ministre et le ministre de la Santé ont pris part aux négociations, en ont parlé publiquement et en ont parlé à leurs homologues de l'assemblée législative. Leur solution consistait pour le gouvernement fédéral à offrir de leur venir en aide pour assumer les coûts des effets du SRAS. Comme vous le savez, Mme MacLellan et M. McCallum ont pris part à l'exercice, tout comme les responsables d'autres aspects du système décisionnaire gouvernemental. L'offre vaut toujours, mais l'Ontario ne l'a pas encore acceptée.

**Le sénateur LeBreton:** Encore une fois, on ne sait pas très bien qui est le premier responsable de la situation. D'ailleurs, on montre certaines personnes du doigt. Je sais qu'il y a de la petite politique qui entre en ligne de compte et qu'on va bien sûr montrer du doigt — pour dire que, d'une façon ou d'une autre, le gouvernement fédéral ne verse pas les sommes d'argent voulues, alors que le gouvernement fédéral affirme que la province n'a pas demandé l'aide financière. Voilà pourquoi le public est perplexe. Dans le cas du SRAS, je peux comprendre pourquoi l'affaire ne correspond pas aux critères des AAFCC. Est-ce que le ministère des Finances interviendrait, étant donné les conséquences économiques? Est-ce qu'il faut attendre avant d'essayer d'évaluer la situation?

**M. Harlick:** Certes, le ministère des Finances aurait participé et contribué au processus consistant à jauger les retombées économiques du SRAS à Toronto. Il s'agit de l'une des principales organisations de modélisation économique qui soit au gouvernement fédéral, de sorte qu'il aurait participé à l'exercice. Les Finances seraient entrées en ligne de compte et, si votre mémoire vous sert bien, vous savez que le ministre des Finances est une figure omniprésente qui en mène large au gouvernement. Oui, le ministère aurait été présent, aux côtés d'autres ministères. J'ai parlé de l'intérêt suscité du point de vue de la santé, du point de vue de l'intervention en cas d'urgence, du



interest and HRDC's interest. A range of interests is brought to bear at the table when one makes a significant governmental decision. Those would be put into play.

**Mr. Broughton:** Perhaps I could add a completely different perspective and I am hoping that it will help you with the deliberations. This might be an oversimplification, but from a health perspective, there are roughly three categories of significant or emergency kinds of situations or crises. First, those that tend to be natural, such as floods, tornadoes and ice storms, are an immediate threat to health. They are usually contained in a very short period of time. It is easy for most of the systems to figure out what the impact has been, in the unfortunate cases of loss of life, although people will need time to sort out the economic impact.

The second category is a little more protracted, like infectious diseases such as SARS. That is much more challenging because of the threat to life; how many people are impacted; and how long it will last, whether a couple of weeks or a couple of months or, in fact, years. In that context, it is an emergency at a particular time, but it is not as easy to grapple with from either a health point of view or from a financial point of view in such an immediate and shortened period of time. The third category is what we would typically refer to as the chronic diseases. People tend to use similar kinds of words about the burden there — the emergency situation of obesity or diabetes or any number of things. Those obviously happen over decades. Therefore, in terms of their impact on society, what we do about them and the financial and economic impacts, this category raises a much different kind of discussion. At either end of the spectrum, society seems to have found a way to deal with them. If it is very short term, one day or one week, or over many decades, we talk about the kinds of things we do. SARS falls in the middle category because it has a mixture of the immediate, which people react to, and an undetermined element. Speaking less from a DFAA point of view and more from a health point of view, it is one challenge that we face in being precise with respect to these kinds of things. I leave that with you.

**The Chairman:** Mr. Harlick, I want to know if I am correct in saying that the disaster financial assistance arrangements are essentially based on a formula that has historically been applied in so-called "natural" disasters.

**Mr. Harlick:** Virtually all of the 100-plus cases were natural disasters, by which we mean climatically induced.

point de vue du tourisme pour Industrie Canada, du point de vue du ministère des Affaires intergouvernementales et du point de vue de DRHC. Toute une série d'intérêts convergent quand il s'agit de prendre une décision gouvernementale d'importance. Ces intérêts entreraient alors en jeu.

**M. Broughton:** Je pourrais faire valoir une perspective tout à fait différente, en espérant que cela sera utile à vos délibérations. Je simplifie peut-être à l'excès, mais, du point de vue de la santé, il existe grosso modo trois catégories de crises ou de situations d'urgence dignes de ce nom. Premièrement, celles qui ont tendance à être naturelles — par exemple, les inondations, les tornades et les tempêtes de verglas — sont une menace immédiate pour la santé. Elles sont habituellement jugulées en très peu de temps. La plupart des responsables des systèmes n'ont pas de difficulté à en déterminer l'impact, dans les cas malheureux où il y a mort d'hommes, mais il faut du temps pour déterminer l'impact économique du phénomène.

La deuxième catégorie englobe des phénomènes qui se prolongent un peu plus dans le temps, par exemple les maladies infectieuses comme le SRAS. C'est beaucoup plus difficile parce que la vie des gens est en danger; combien de gens sont touchés? Combien de temps cela va-t-il durer? Quelques semaines ou quelques mois ou, de fait, quelques années? Dans le contexte, cela devient une urgence à un moment particulier, mais il n'est pas aussi facile de s'attaquer au phénomène du point de vue de la santé ou du point de vue financier, sur une période à ce point immédiate et abrégée. La troisième catégorie nous renvoie à ce que nous appelons habituellement les maladies chroniques. Les gens ont tendance à utiliser des termes semblables pour qualifier le fardeau dont il s'agit ici — la situation d'urgence que peut présenter l'obésité ou le diabète ou quantité d'autres phénomènes. Cela, bien entendu, se fait sur des décennies. Par conséquent, pour ce qui est de l'incidence de ces phénomènes sur la société, sur ce que nous en faisons et sur les conséquences financières et économiques de la chose, il s'agit d'une catégorie qui soulève une discussion tout à fait différente. À l'autre extrémité du spectre, la société semble avoir trouvé une façon de régler le problème. S'il s'agit d'un problème qui se manifeste sur une très courte durée — un jour ou une semaine — ou, sinon, s'il s'étale sur plusieurs décennies, il faut alors envisager les mesures qui s'imposent. Le SRAS s'inscrit dans la deuxième catégorie, car il comporte à la fois quelque chose d'immédiat — ce qui suscite la réaction des gens — et quelque chose d'indéterminé. En centrant ma remarque non pas tant sur l'AAFCC, mais plutôt sur la santé, je dirais que c'est là un des défis qu'il nous faut relever — trouver la solution précise des problèmes de cette nature. Voilà.

**Le président:** Monsieur Harlick, je veux savoir si j'ai raison de dire que les accords d'aide financière en cas de catastrophe sont essentiellement fondés sur une formule qui, historiquement, a été appliquée aux catastrophes dites «naturelles».

**M. Harlick:** Il y a eu plus d'une centaine de cas, et pratiquement tous ont été des catastrophes naturelles — nous entendons par là qu'ils sont attribuables au climat.

**The Chairman:** They were included under the act because when they occurred, someone somewhere — a Governor in Council or someone — declared them to be a national disaster. Is that right? That triggers the act?

**Mr. Harlick:** There is a requirement now in the act to have a Governor in Council authority by an Order in Council to formally decide that the event is eligible for DFAA application.

**The Chairman:** The eligibility occurs because it is deemed by cabinet to be a national disaster. Is that correct?

**Mr. Harlick:** No. The word "national" does not apply.

**The Chairman:** Okay. The basic difference then between SARS and forest fires in British Columbia is that first, there are precedents for dealing with forest fires and second, the cost associated with a public health epidemic is much harder to measure than the cost of burned out houses and the need to pay for firefighters. Part of the problem was measuring the cost. Is that the answer?

**Mr. Harlick:** In part, yes. It is not because they were unmeasurable with enough effort and data, but you must also recall that the disaster financial assistance arrangements have never been applied to a public health emergency.

**The Chairman:** I assume you are not a lawyer. However, you remind me of the classic lawyer's problem, or what one often hears in government circles, which is that there is no precedent. The problem is that, in the absence of accepting the notion that you have to have a first time, there never would be a precedent for anything. I have always found the absence of a precedent a difficult concept. What is troubling me, and I am not being critical, is the fact that it had never been done before and therefore was not done this time. It says to me that the next time there is a public health emergency of some kind, there will still be no precedents because it was not done this time. The issue will be that there is no precedent. Therefore, we will not have any way of dealing with a reasonable allocation of the financial costs. How will we get around that problem, if the defence for not handling it this way is that there is no precedent?

**Mr. Harlick:** I must confess to you that I do have a law degree.

**The Chairman:** You have my condolences.

**Mr. Harlick:** However, I am not a qualified lawyer.

**The Chairman:** I regard it as one of my better attributes that I am not a lawyer.

**Mr. Harlick:** To complete my thought about it not having been applied previously, it is not because it has not been applied in the precedent sense. It is because of the question of knowing how to apply it. Why would one necessarily think something that has been applied 100 times to floods, fires, tornadoes, et cetera, would work as it would be intended to work in those situations in a

**Le président:** Ils ont été inclus dans la loi parce qu'au moment où ils se sont produits, quelqu'un quelque part — un gouverneur en conseil ou un autre responsable — les a déclarés catastrophe nationale. C'est bien ça? C'est ce qui déclenche l'application de la loi?

**M. Harlick:** La loi dit maintenant que le gouverneur en conseil, par décret, doit décider que le phénomène est admissible à l'AAFFCC.

**Le président:** L'incident est admissible parce que le Cabinet estime qu'il s'agit d'une catastrophe nationale. C'est bien cela?

**M. Harlick:** Non. Le terme «national» ne s'applique pas.

**Le président:** D'accord. La distinction essentielle entre le SRAS et les incendies de forêt qui ont lieu en Colombie-Britannique, c'est que, tout d'abord, il existe des précédents pour ce qui est des incendies de forêt et que, ensuite, il est beaucoup plus difficile de mesurer les coûts associés à une épidémie que de calculer le coût des maisons brûlées et le salaire des pompiers. Une partie du problème a consisté à mesurer le coût. C'est bien la réponse à la question?

**M. Harlick:** En partie, oui. Ce n'est pas que c'était impossible à mesurer — il aurait suffi d'avoir toutes les données et d'y mettre tout l'effort voulu —, mais vous devez vous rappeler que les accords d'aide financière en cas de catastrophe n'ont jamais été appliqués à une urgence touchant la santé publique.

**Le président:** Je présume que vous n'êtes pas avocat. Toutefois, vous me rappelez le problème classique de l'avocat — et on l'entend souvent dans les milieux gouvernementaux: que faire quand il n'y a pas de précédent. Le hic, c'est que si on n'accepte pas l'idée qu'il doit y avoir une première fois, il n'y a jamais de précédent à quoi que ce soit. J'ai toujours cru que l'absence d'un précédent était un concept difficile à manier. Ce qui me trouble, et je n'essaie pas d'être difficile, c'est que: cela n'a jamais été fait auparavant et, par conséquent, cela n'a pas été fait cette fois-ci. Cela me dit que, la prochaine fois qu'il y aura une urgence quelconque du point de vue de la santé publique, il n'y aura pas encore de précédent, car on n'a pas adopté la mesure cette fois-ci. À ce moment-là, la justification, ce sera qu'il n'y a pas de précédent. Par conséquent, nous ne disposons d'aucune façon de réattribuer raisonnablement les coûts financiers. Alors, comment s'en sortir, si la défense invoquée pour ne pas procéder de cette façon, c'est qu'il n'y a pas de précédent?

**M. Harlick:** Je dois vous avouer que j'ai bel et bien un diplôme de droit.

**Le président:** Mes condoléances.

**M. Harlick:** Par contre, je n'ai pas qualité pour exercer.

**Le président:** J'estime que le fait de n'être pas avocat est une de mes grandes qualités.

**M. Harlick:** Pour finir ce que je disais à propos du fait que cela n'ait pas été appliqué auparavant, cela ne se fait pas parce qu'on ne l'a jamais fait au sens que ce serait un précédent. Il s'agit alors de savoir comment l'appliquer. Pourquoi croirait-on forcément qu'une mesure qui a été appliquée 100 fois à des inondations, à des incendies, à des tornades et ainsi de suite fonctionnerait telle



public health emergency? This is the most major, and I will defer to my colleagues here, public health emergency that has occurred in Canada in terms of impact, costs to the province, et cetera. To arbitrarily say, "Yes, it should apply, and we will work out how to do it later," raises some serious questions.

**The Chairman:** That argues there is a critical methodological issue that needs to be addressed, which is how to measure the cost. That has not come up yet today. We have talked about organizational structure, but am I missing something? That is clearly an issue that needs to be addressed so we do not get into this question of how much you really owe on future issues.

**Mr. Harlick:** I would suggest that there is a broader public policy issue here, in light of some of the factors that are in the Health Canada deck, and we certainly agree on the increasing risk environment that we all have experienced. That environment, in part, drove the creation of this office in 2001, and in the future we will have to ensure that there is appropriate disaster financial assistance capacity, capability and program authority for a federal government to look at areas which perhaps hitherto have never required federal financial assistance. I do not single out Health Canada, but it is an obvious one.

In the agricultural area, there was BSE, for which there was no application of DFAA. They came up with a program that the federal Minister of Agriculture and his provincial colleagues agreed was a good and appropriate approach to handling that particular problem. They did it *sui generis*. I think the point would be that, whether we think of environmental disasters, public health disasters, agricultural disasters or whatever, the increasingly severe risk environment which we collectively face here because of globalization, terrorism and other factors is requiring all national governments to ensure that they have that kind of capacity available. That is something well appreciated by the federal government today.

**The Chairman:** I would strongly agree with that. I just think it ought not to be an ad hoc decision. The people receiving the money should not be left in the position of feeling they are simply the supplicants for an amount that will be determined by the federal government on a whim. This is perfect, because the next questioner is Senator Callbeck, a former Premier of Prince Edward Island. I would submit to you that Prince Edward Island, had this occurred in Charlottetown, could not have absorbed the percentage of the costs that in fact we are asking a richer province and the biggest city in the country to absorb. I think that inevitably creates a sense of arbitrariness. I am not arguing about whether the number is right; I am saying that it just creates a sense of arbitrariness and it seems to me everyone would be better off with an understanding that it is not really an ad hoc amount, that

qu'elle a été conçue dans cette situation où l'urgence touche la santé publique? Il s'agit — je m'en remettrai à mes collègues ici — de la plus importante urgence qui ait touché la santé publique au Canada en ce qui concerne l'impact, les coûts absorbés par la province, et cetera. Le fait de dire arbitrairement: «Oui, cela devrait s'appliquer, et nous verrons plus tard comment il faut le faire», soulève de graves questions.

**Le président:** Cela fait intervenir une question méthodologique capitale à laquelle il faut penser: comment mesurer le coût. Nous n'en avons pas encore parlé aujourd'hui. Nous avons parlé de la structure organisationnelle, mais dites-moi: est-ce qu'il y a quelque chose qui m'échappe? Il ne fait aucun doute que c'est une question qu'il faut régler, pour ne pas avoir à nous engager dans un débat pour savoir combien on doit vraiment, à l'avenir.

**M. Harlick:** Je dirais que c'est de l'intérêt général dont il est question ici, étant donné certains des facteurs dont la responsabilité incombe à Santé Canada, et nous nous entendons certainement sur le fait que le risque s'est accru. Dans le contexte, en partie, c'est ce qui a abouti à la création de notre bureau en 2001 et, à l'avenir, nous allons devoir nous assurer de disposer de toute la capacité voulue du point de vue de l'aide financière en cas de catastrophe, d'une bonne capacité générale et du fondement législatif nécessaire au programme, afin que le gouvernement fédéral se penche sur des cas où, peut-être, une aide financière fédérale n'aurait jamais été requise auparavant. Je ne cherche pas à m'acharner sur Santé Canada; simplement, c'est un cas évident.

Dans le domaine agricole, il y a eu l'ESB, à laquelle l'AAFFCC ne s'appliquait pas du tout. Les responsables ont conçu un programme que le ministre fédéral de l'Agriculture et ses collègues des provinces ont assimilé à une approche intéressante et appropriée du problème particulier en question. Ils ont adopté une mesure *sui generis*. Cela se résume à dire, à mon avis, que devant les catastrophes environnementales, les catastrophes pour la santé publique, les catastrophes agricoles et ainsi de suite, le milieu de plus en plus risqué que nous connaissons collectivement en raison de la mondialisation, du terrorisme et d'autres facteurs est tel que tous les gouvernements nationaux doivent s'assurer de disposer de la capacité d'agir qu'il faut. C'est une chose que le gouvernement fédéral comprend très bien aujourd'hui.

**Le président:** Je dirais que je suis tout à fait d'accord avec cela. À mon avis, il ne faut pas que ce soit une décision ponctuelle. Les destinataires des fonds ne devraient pas être mis dans une situation où ils ont l'impression d'être des mendiants avec qui le gouvernement fédéral décidera, selon son caprice, d'être généreux. Voilà qui est parfait, car la prochaine intervention sera celle du sénateur Callbeck, ex-premier ministre de l'Île-du-Prince-Édouard. Je vous dirais que l'Île-du-Prince-Édouard, si cela s'était produit à Charlottetown, n'aurait pu absorber la part de coûts que, de fait, nous demandons à une province nantie d'absorber et à la plus grande ville du pays d'absorber. Inévitablement, à mon avis, cela donne quelque chose d'arbitraire. Je ne conteste pas les chiffres; je dis que cela donne une impression d'arbitraire, et il me semble que tout le monde s'en



there are at least some guidelines. I would agree with you; I just think we need guidelines as well.

**Senator Callbeck:** How much money is set aside for the DFAA reserve fund?

**Mr. Harlick:** Effectively, there is no money set aside. It is not a funded program, because you cannot predict in any given year what the total cost of disaster assistance will be. There is provision, just for purposes of financial management in the government, for a couple of hundred million dollars to be put into the national defence department's budget. It makes it easier to get the cheques out. As opposed to having to go back through parliamentary process, it is provided up front through the Main Estimates. However, there is no program. It is a direct draw on the federal fiscal framework, that is, the Department of Finance and the Minister of Finance, when the decision is made that this is the amount owed.

**Senator Callbeck:** Do I understand correctly that there really are no guidelines or criteria?

**Mr. Harlick:** No, that is completely incorrect, senator. The guidelines exist. They are on our Web site, in fact, and are the basis on which the claims of the provinces and the bills they submit to us are audited and verified and the totals are calculated and cheques are issued.

**Senator Callbeck:** At what point does a public health threat become a national emergency?

**Mr. Broughton:** As I alluded to earlier, that was one of the big issues that were highlighted by SARS. A public health issue like SARS will always be national, in the sense that we have an international responsibility. Even if it is one person in one town in one place in the country, because it involves infectious disease, particularly coming from another country, it clearly becomes a national issue. We, as the federal government, are responsible for international dealings. There is no question of that in that context, and in that sense, that was where we were working with the World Health Organization and others. I think the bigger challenge that people are discussing and working on now is the actual coordination of the effort throughout the country to "solve the problem." To take decisions about what you do in hospital settings, what you do with the population at large, what you do within cities or across provinces, is the challenge before us. Many of us would have known pre-SARS, but it was brought to our full attention through SARS, that we do not have the mechanisms to make that exact determination.

Because so much of what happens takes place within a provincial or local setting, most of the resources and the decision-making sit with that jurisdiction. In the case of Toronto, it was a

porterait mieux si on savait qu'il ne s'agit pas vraiment d'un montant donné de façon ponctuelle, que cela repose tout au moins sur certaines lignes directrices. J'abonde dans votre sens; je crois simplement, moi aussi, que nous avons besoin des lignes directrices.

**Le sénateur Callbeck:** Quelle somme d'argent est mise de côté pour le fonds de réserve de l'AAFFCC?

**M. Harlick:** En fait, il n'y a pas de sommes d'argent qui soient mises de côté. Le programme n'est pas budgétisé, car on ne saurait prédire quel sera, pour une année donnée, le montant total de l'aide financière en cas de catastrophe. Il y a une provision, elle existe simplement aux fins de la gestion des finances au gouvernement: quelques centaines de millions de dollars sont versés dans le budget du ministère de la Défense nationale. De cette façon, il est plus facile de produire les chèques. Personne n'est contraint de revenir au Parlement, les fonds sont prévus dès le départ dans le Budget principal des dépenses. Par contre, il n'y a pas de programme. C'est une somme tirée directement sur le cadre financier fédéral, c'est-à-dire le ministère des Finances et le ministre des Finances, une fois la décision prise de verser la somme.

**Le sénateur Callbeck:** Ai-je bien compris que, en vérité, il n'y a ni lignes directrices ni critères?

**M. Harlick:** Non, c'est tout à fait erroné, sénateur. Les lignes directrices existent. Elles sont affichées sur notre site Web, de fait, et sont le fondement qu'invoquent les provinces pour présenter une demande, et les factures qu'elles présentent à notre intention sont vérifiées, les totaux, calculés, et les chèques, distribués.

**Le sénateur Callbeck:** À quel moment une menace pour la santé publique devient-elle une urgence nationale?

**M. Broughton:** Comme j'y ai déjà fait allusion, c'est une des grandes questions qui ont été soulevées dans le contexte de l'apparition du SRAS. Un problème de santé publique comme le SRAS aura toujours un caractère national, au sens où nous avons une responsabilité internationale. Même s'il s'agit d'une seule personne, dans une seule ville, dans une seule région du pays, comme il s'agit d'une maladie infectieuse, particulièrement quand elle provient d'un autre pays, bien entendu, cela devient une question nationale. Nous, au gouvernement fédéral, avons la responsabilité des questions internationales. Il ne fait aucun doute que, dans ce contexte et en ce sens, c'est là-dessus que se fondeait notre collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et d'autres intervenants. Je crois qu'il y a un défi plus grand dont discutent les gens et auxquels ils travaillent en ce moment — c'est la coordination concrète de l'effort déployé dans l'ensemble du pays en vue de «résoudre le problème». Décider ce qu'il faut faire en milieu hospitalier, ce qu'il faut faire auprès du grand public, ce qu'il faut faire dans les villes et d'une province à l'autre, voilà le défi qui se présente à nous. Nous sommes nombreux à n'avoir rien su de cela avant l'apparition du SRAS, mais le phénomène nous l'a bien fait voir: nous n'avons pas les mécanismes voulus pour en arriver à une détermination exacte.

Comme le phénomène se manifeste pour une grande part dans un milieu provincial ou local, la plupart des ressources et les éléments décisionnels appartiennent à ce palier. Dans le cas de



combination of local officials in Toronto and the Province of Ontario that were left with the decision-making because that is where the bulk of the problems were. No one has offered a precise definition as to how many cities, provinces, people need to be affected to raise it to another level. That then takes you to the questions that Senator Morin and others were asking earlier, of "Assuming you can do that, then what is the entity or process that you would use to handle that accordingly?" Within this federation, we do have issues of authority and, as we were pointing out earlier, even in the States, the CDC does not come on board out of any federal authority. It comes on board and provides assistance at the request of the state.

There are two issues there. The first is that the definition does not exist. That is the answer to your question; there is not a precise one. The second is that once you reach a definition, the mechanisms, which I think our minister and others have expressed an interest in sorting out across the federation, need to be resolved.

**Senator Morin:** You are putting your finger on the issue. This is a personal comment. He is putting his finger on the issue right now; this is exactly it.

**Senator Callbeck:** There is one other area I wanted to ask about. Mr. O'Bright, you are the director general of the Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness. You mentioned you had people in all provinces, so if an emergency was to develop in my province of Prince Edward Island, what role would your office play?

**Mr. Gary O'Bright, Director General of Operations, Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness:** Our office has a regional director in Charlottetown. His job is to work with your emergency measures organization. He would be in a position to coordinate the response of federal resources in the province, if an event occurs that requires such. That happens in all other provinces and territories in the same way.

**Senator Cordy:** Thank you very much to all of you for appearing before us today. I will follow up on Senator Callbeck's question.

OCIPEP has someone in each province. When an emergency occurs, the municipal or the local people are the first to deal with it. How are they made aware of the personnel and medical supply resources that are available to them?

You spoke earlier about a hospital that was set up somewhere. Are all the municipalities in Canada aware of exactly what is available to them?

**Mr. Harlick:** They should be. They can be made so aware.

Toronto, ce sont les responsables locaux à Toronto et les responsables de la province de l'Ontario qui ont eu à prendre les décisions, car c'est dans leur champ d'action que s'inscrivaient la majeure partie des problèmes. Personne n'a proposé de définir avec précision combien de villes, de provinces, de gens doivent être touchés, pour que cela passe au niveau suivant. Ce qui nous amène aux questions que le sénateur Morin et d'autres intervenants ont posées plus tôt, à savoir: en presumant que vous pouvez procéder ainsi, quelle est l'entité ou le processus auquel vous recourriez pour agir en conséquence? Dans notre fédération, il y a des problèmes qui se présentent du point de vue du partage des compétences et, comme nous l'avons souligné plus tôt, même aux États-Unis, ce n'est pas l'administration fédérale qui fonde l'action du CDC. C'est à la demande de l'État particulier dont il est question que le CDC entre en jeu et fournit son aide.

Deux questions se présentent. La première, c'est que la définition n'existe pas. Voilà la réponse à votre question; il n'y a pas de définition précise pour cela. La deuxième, c'est qu'une fois qu'on s'entend sur une définition — ce que notre ministre et d'autres ont dit vouloir établir au sein de la fédération —, il reste alors à régler la question des mécanismes.

**Le sénateur Morin:** Vous venez de mettre le doigt sur le bobo. C'est un commentaire personnel de ma part. Il vient de mettre le doigt sur le bobo; c'est bien de cela qu'il s'agit.

**Le sénateur Callbeck:** Il y a une autre question que je souhaitais aborder. Monsieur O'Bright, vous êtes directeur général du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile. Vous avez dit que vous aviez des représentants dans toutes les provinces, de sorte que si jamais il y a urgence dans la province de l'Île-du-Prince-Édouard — quel rôle jouerait votre bureau?

**M. Gary O'Bright, directeur général des opérations, Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile:** Notre bureau a un directeur général à Charlottetown. Son travail consiste à collaborer avec l'organisation qui, chez vous, est chargée des mesures d'urgence. Il serait bien placé pour coordonner l'application des ressources fédérales dans la province, si jamais le besoin s'en fait sentir. Cela se passe de la même façon dans toutes les autres provinces et dans tous les autres territoires.

**Le sénateur Cordy:** Merci beaucoup à tous de venir comparaître aujourd'hui. Je vais donner suite à la question du sénateur Callbeck.

Le BPIEPC est représenté dans chaque province. Quand il y a une urgence, les responsables municipaux ou locaux sont les premiers à intervenir. Comme savent-ils quel personnel et quelles fournitures médicales sont mis à leur disposition?

Vous avez parlé plus tôt d'un hôpital qui a été établi quelque part. Est-ce que toutes les municipalités au Canada savent exactement ce dont elles disposent?

**M. Harlick:** Elles devraient. On peut faire en sorte qu'elles le sachent tout à fait.

They would request help via their provincial emergency measures organizations, if they needed resources outside of their own municipality but in the rest of the province, or resources in other provinces. The provinces have, or are developing, mutual aid agreements by which, for example, Manitoba can provide these kinds of people and this asset to Ontario in certain circumstances, and vice versa.

There is a very good network of information flow among the provinces themselves and thus through the provinces to the municipalities. There are some municipal level associations and organizations, such as the Federation of Canadian Municipalities, that become involved in a range of issues and would therefore be cognizant of this area.

**Senator Cordy:** Not every region would have an emergency mobile hospital that they could set up. Those things would be shared across the provinces, with the federal government taking responsibility?

**Mr. Harlick:** There would be sharing between the provinces of provincial assets. I will speculate, and Mr. Broughton may correct me, that the provision of the hospital was done through a request from a provincial level to the federal level at Health Canada. Perhaps Dr. St. John could expand on that point.

**Mr. St. John:** We work very closely with chief medical officers of health, the emergency health managers in the ministries of health and emergency social services at the provincial level. We have a national forum every year on emergency preparedness and response at which those three groups are brought together. We talk about our level of preparedness and our national emergency stockpile system.

All three groups are made very well aware of what is in our \$300-million national emergency stockpile system. We have seven federal depots strategically placed across the country and 1,600 caches of medical and health supplies that are jointly managed by the provinces to be readily deployable within 24 hours to anywhere in the country.

There is a system already in place whereby these people know how, whom and when to call and what is available.

**Senator Cordy:** Are medical supplies updated?

**Mr. St. John:** We have an annual program of refurbishing all of these supplies. We have 165 200-bed hospitals strategically placed around the country. There is at least one in every province. We have many clinics, rescue units and first aid treatment packages. There is a long list of resources that are available to the local authorities to help them manage any kind of a disaster.

Elles demanderaient de l'aide en s'adressant à leurs organisations provinciales chargées des mesures d'urgence, si elles ont besoin de ressources dont elles ne disposent pas dans leur propre municipalité, mais qui se trouvent dans le reste de la province, sinon des ressources d'autres provinces. Les provinces ont conclu, ou sont en train de conclure, des accords d'aide réciproque grâce auxquels, par exemple, le Manitoba peut mettre à la disposition de l'Ontario, dans certaines situations — et l'inverse est aussi vrai —, du personnel et du matériel de ce genre.

Il y a une très bonne circulation de l'information entre les provinces, et aussi entre les provinces et les municipalités. Il existe des associations et des organisations municipales, par exemple la Fédération canadienne des municipalités, qui traitent de toute une série de questions et qui, de ce fait, connaissent ce champ d'action.

**Le sénateur Cordy:** Ce ne sont pas toutes les régions qui disposeraient d'un hôpital mobile susceptible d'être établi en cas d'urgence. Ce sont là des moyens qui seraient mis en commun à l'usage des provinces dans leur ensemble, avec le gouvernement fédéral qui en assume la responsabilité?

**M. Harlick:** Il y aurait un partage des actifs provinciaux entre les provinces elles-mêmes. C'est de la conjecture, et je demande à M. Broughton de me corriger si je fais erreur, mais l'hôpital a été établi à la demande d'un responsable provincial qui s'est adressé à un responsable fédéral de Santé Canada. Peut-être que le Dr St. John pourrait apporter des précisions.

**M. St. John:** Nous cultivons des liens étroits avec les directeurs de la santé, les gestionnaires des situations d'urgence dans les ministères de la Santé et des services sociaux d'urgence à l'échelon provincial. Nous nous réunissons tous les ans pour discuter de la préparation et des interventions en cas d'urgence; or, les trois groupes sont invités à cette tribune. Nous discutons de notre degré de préparation et de notre système de réserve nationale de secours.

Les trois groupes sont bien mis au fait de ce qui se trouve dans notre réserve nationale de secours de 300 millions de dollars. Nous comptons plusieurs dépôts fédéraux installés stratégiquement dans diverses régions du pays ainsi que 1 600 caches de fournitures médicales et autres gérées conjointement par les provinces afin d'être rapidement déployables, dans les 24 heures, n'importe où au pays.

Il y a déjà en place un système qui fait que les gens savent comment procéder, à qui s'adresser et à quel moment, et ce dont ils disposent.

**Le sénateur Cordy:** Est-ce que les fournitures médicales sont «mises à jour»?

**M. St. John:** Nous appliquons un programme annuel de remise à neuf de l'ensemble des fournitures. Nous comptons 165 hôpitaux de 200 lits placés stratégiquement partout au pays. Il y en a au moins un dans chaque province. Nous comptons de nombreuses cliniques, des unités de sauvetage et des trousseaux de premiers soins. Il y a une longue liste des éléments à la disposition des responsables locaux appelés à composer avec quelques catastrophes.



**Senator Cordy:** You highlighted some of the gaps that were evident in dealing with SARS in the document that you gave to us. I assume that you are working on correcting them. Who is taking the lead role? Is it Health Canada or OCIPEP? Who is looking after what went wrong over SARS so the same types of things do not happen again?

**Mr. Broughton:** Our minister in Health Canada is taking the lead from a federal perspective. We are spending much time worrying about these kinds of things. Our minister is engaged with her provincial and territorial colleagues. The provincial and territorial colleagues met recently in Halifax — and meet on a regular basis — to have these discussions. They are all engaged. I would say that the Minister of Health for Canada is in the lead, but the responsibility is shared with the provinces and territories.

We would obviously work with OCIPEP and a variety of other federal players on what needs to be changed or fixed over time.

**Senator Cordy:** Senator Kirby made mention of a medical emergency, similar to SARS, happening in a small area that financially could not deal with it. Small cities and towns, or even small provinces, could not deal with it in the way Toronto dealt with it. You have suggested that there were gaps even there.

In a small town, patients could not be transferred to another hospital. There would not be the staff. I know that staff was stretched in Toronto. They certainly went above and beyond the call of duty. There would not even be the staff in a small area.

Are you also looking at the effect of an outbreak of a disease in a small province and a small community?

**Mr. Broughton:** We are. You have touched on a few issues. One is this notion of surge capacity. Most people have come to the conclusion regarding gaps across the system that we need to worry about where we go to get the resources that are needed in an emergency situation.

The second issue is that when you have that kind of a circumstance, you have a huge impact beyond the public health system. You are into the health care system. That in and of itself means that all the jurisdictions need to worry about how to handle the circumstances. The specifics of what they are doing in an individual town or province obviously rests with those jurisdictions. The local regional health authorities, however they are organized, plus the provinces, are the main players who figure out what they would do in any immediate disaster. We are trying to look at it from a national perspective.

**Le sénateur Cordy:** Dans le document que vous nous avez remis, vous faites ressortir certaines des lacunes que l'histoire du SRAS a servi à mettre en évidence. Je présume que vous travaillez à les corriger. Qui assume la première responsabilité de l'exercice? Est-ce Santé Canada ou le BPIEPC? Qui s'occupe d'établir les erreurs commises dans le cas du SRAS, pour que ces mêmes erreurs ne soient pas répétées?

**M. Broughton:** Notre ministre, à Santé Canada, assume la première responsabilité de l'exercice du point de vue fédéral. Nous passons une bonne part de notre temps à réfléchir à ce genre de chose. Notre ministre travaille de concert avec ses collègues des provinces et des territoires. Les collègues des provinces et des territoires se sont réunis récemment à Halifax — ils se réunissent périodiquement — pour tenir ces discussions. Ils sont tous mobilisés. Je dirais que la ministre de la Santé du Canada assume la première responsabilité, mais les provinces et les territoires assument aussi leur part.

Nous collaborons évidemment avec le BPIEPC et avec d'autres responsables fédéraux à ce qu'il faudra modifier ou corriger au fil du temps.

**Le sénateur Cordy:** Le sénateur Kirby a parlé du cas d'une urgence médicale, semblable au cas du SRAS, qui surviendrait dans une petite localité qui, sur le plan financier, n'aurait pas les moyens de s'en sortir. Les petites villes et les villages, et même les petites provinces, ne pourraient s'en tirer comme Toronto s'en est tirée. Vous avez laissé entendre qu'il y a des lacunes même à ce chapitre.

Dans une petite ville, les patients ne peuvent être transférés à un autre hôpital. Il n'y aurait pas le personnel nécessaire pour faire le travail. Je sais que le personnel a dû se surpasser à Toronto. Il a certainement fait preuve d'un dévouement exceptionnel. Il n'y aurait même pas le personnel pour faire cela, dans une petite localité.

Étudiez-vous aussi les effets possibles d'une poussée survenant dans une petite province et une petite collectivité?

**M. Broughton:** Nous les étudions. Vous avez abordé à quelques questions intéressantes. Il y a notamment cette notion de capacité en période de pointe. À propos des lacunes qui existent au pays, la plupart des gens concluent qu'il faut se soucier de savoir à qui on s'adresse pour obtenir les ressources qui s'imposent en cas d'urgence.

Ensuite, quand il y a une situation de ce genre, il faut dire que cela a un grand impact, au-delà du seul système de santé publique. Vous êtes dans le système de santé. En soi, cela veut dire que toutes les instances doivent se soucier de la façon de composer avec la situation. La particularité des mesures adoptées dans une ville ou une province donnée, évidemment, dépend des instances en question. Les responsables locaux ou régionaux de la santé, indépendamment de la façon dont ils sont organisés, et puis les provinces sont les principaux intervenants appelés à déterminer ce qu'il faut faire en cas de catastrophe immédiate. Nous essayons de regarder le tableau dans une optique nationale.

**Mr. Gully:** Every infectious disease is different. In some ways, the fact it occurred in Toronto was more of a problem because of the complexity of the health care system. The movement of patients and staff among hospitals and the large number of institutions meant that it spread through the Greater Toronto area.

One thinks of Walkerton, for example. It was a large issue for that small town. There were a large number of cases, but it did not spread beyond the boundaries. In fact, if SARS had occurred in a small town, it would probably have been easier to limit it, albeit with assistance from the outside.

That has often been the case with highly infectious diseases in the past that have occurred, not in our environment, but in less developed countries. The disease was a problem for local populations but was limited to that population.

**The Chairman:** Can I ask you to expand on that, Dr. Gully? I understand why the complexity of the health care delivery system in Toronto was a complicating factor. On the other hand, the impression was that doing things like closing emergency rooms and so on were an important element of the containment strategy. How do you do that in a place like Charlottetown, St. John's or Halifax, with effectively only one hospital? You have to have a completely different strategy because some of the techniques used in Toronto are not applicable. You cannot shut the system down.

**Mr. Gully:** I go back to my point about critical analysis of the effectiveness of the strategies that were used. One could look at other countries. Singapore, for example, put all their cases of SARS in one hospital. They had a large number of cases. They did not quarantine all the staff in the hospital. They quarantined individuals who were in close contact with cases.

Hindsight is easy, and I am not criticizing what was done in Toronto, but I think the capacity to analyze, perhaps on the fly, during an outbreak how it is managed is illustrated by SARS. Perhaps in certain situations, certain actions do not need to be taken, but still the matter can be controlled.

**The Chairman:** A modified strategy would have been required for practical purposes. Nevertheless, you are suggesting it might have been just as effective?

**Mr. Gully:** Perhaps.

**Senator Léger:** You started by saying coordination is an issue and there are many subdivisions. With the experience that you have had, you hope to create unity. Hopefully, those subdivisions will ameliorate, and not complicate, the process of getting to the lead minister.

In the World Health Organization, what was Canada's rating for the response to this crisis of SARS?

**M. Gully:** Chaque maladie infectieuse est unique. À certains égards, le fait que le SRAS ait frappé à Toronto pose un plus gros problème en raison de la complexité du système de santé. Le fait que les patients et le personnel aient été déplacés entre les hôpitaux et un grand nombre d'établissements est à l'origine de la propagation du mal dans le Grand Toronto.

On songe, par exemple, au cas de Walkerton. C'était une grosse question pour une bien petite ville. Il y a eu un grand nombre de cas confirmés, mais cela ne s'est pas répandu au-delà des limites de la ville. De fait, si le SRAS avait frappé dans une petite ville, il aurait probablement été plus facile de le circonscrire, même s'il aurait fallu recourir à de l'aide de l'extérieur.

Cela a souvent été le cas avec des maladies très infectieuses qui, par le passé, ont sévi non pas chez nous, mais dans des pays moins industrialisés. La maladie était un problème pour la population locale, mais elle se limitait à la population locale.

**Le président:** Puis-je vous demander d'étoffer ces explications, docteur Gully? Je comprends que la complexité du système de santé à Toronto est venue compliquer les choses. Par ailleurs, l'impression qu'on a eue, c'était que le fait de fermer des salles d'urgence et ainsi de suite constituait un élément important de la stratégie de confinement. Comment fait-on cela dans un endroit comme Charlottetown, St. John's ou Halifax, là où il n'y a qu'un hôpital? Il faut une stratégie tout à fait différente, étant donné que certaines des techniques employées à Toronto ne s'appliquent pas. On ne peut tout fermer.

**M. Gully:** Je reviens à ce que je disais à propos de l'idée de porter un regard critique sur l'efficacité des stratégies que nous employons. On peut regarder ce qui se fait dans d'autres pays. À Singapour, par exemple, les responsables ont réuni dans un seul et unique hôpital tous les cas de SRAS. Ils avaient un grand nombre de cas. Ils n'ont pas mis en quarantaine tout le personnel de l'hôpital. Ils ont mis en quarantaine les personnes qui avaient un contact étroit avec les personnes atteintes.

Il est facile d'analyser quand tout est dit et fait, et je ne veux pas critiquer ce qu'on a fait à Toronto, mais je crois que le cas du SRAS illustre bien la capacité d'analyser, peut-être en pleine course, la situation quand il y a une poussée d'une maladie — la façon dont le phénomène est géré. Peut-être que, dans certains cas, certaines mesures ne s'imposent pas, mais, tout de même, la question peut être contrôlée.

**Le président:** Une stratégie modifiée se serait imposée, pour des raisons pratiques. Néanmoins, vous laissez entendre qu'elle aurait peut-être été tout aussi efficace?

**M. Gully:** Peut-être.

**Le sénateur Léger:** Vous avez d'abord dit que la coordination pose problème et qu'il y a de nombreuses subdivisions. Fort de votre expérience, vous espérez créer une certaine unité. Il est à espérer que la question des subdivisions se réglera un peu, qu'elle ne servira pas à compliquer la démarche qui mène au ministre responsable.

À l'Organisation mondiale de la santé, quelle est la cote qu'a obtenue le Canada pour son intervention dans la crise du SRAS?



**Dr. Gully:** I seek clarification. Do you mean the rating of us by the World Health Organization, or our rating of the World Health Organization?

**Senator Léger:** The World Health Organization rating of the work Canada did.

**Dr. Gully:** First point, senator, we are making a diplomatic connection with WHO to have further discussions with them to clarify the World Health Organization's role in this circumstance.

One of our challenges was demonstrating our competence to deal with this. In fact, it was controlled. Unfortunately, the challenges about which we talked about before, such as data sharing and the ability to analyze and demonstrate what we did, meant that the World Health Organization made a less good assessment of us than they did of other countries, such as Singapore, for example.

We did have regular communications with the World Health Organization. In fact, we believe that they did a very good job in terms of the laboratory and epidemiological networks. We assisted the World Health Organization in a global outbreak response in Hong Kong.

However, I do believe that they were not as able as they might have been to assess what we were doing because of some of the difficulties and challenges that we had in terms of demonstrating and analyzing what we were doing.

**Mr. Broughton:** When you look at the cascade of organizations from international to domestic, they formed a part of this entire scenario and dilemma. People saw the provinces and territories, us and other countries trying to react on the fly to the impact of SARS and the case definition and potential impact. In fairness to everyone, the World Health Organization was doing exactly the same thing. It is easier for the higher-ranking organization, that is, the international one, to pass judgment on others. We have all concluded that the entire system, including the WHO, had their equal share of challenges in trying to sort out the circumstances.

That is perhaps less diplomatic than Mr. Gully's answer but it gives some perspective on it.

**Senator Léger:** We do not care about the money until the life-and-death question has been controlled, and I imagine that you must face that. We will see the bill later.

As an ordinary citizen, I was very proud of what Canada did. All of a sudden, though, the World Health Organization made Singapore sound better than us. We then looked at it in new ways. I hope the new subdivisions will not complicate things. That is a danger.

**Dr. Gully:** J'ai besoin d'une précision. Voulez-vous dire la cote que l'Organisation mondiale de la santé nous a donnée à nous, ou la cote que nous donnons à l'Organisation mondiale de la santé?

**Le sénateur Léger:** La cote que l'Organisation mondiale de la santé a établie pour qualifier le travail du Canada.

**Dr. Gully:** Tout d'abord, sénateur, nous cultivons des liens diplomatiques avec l'OMS pour discuter plus avant avec elle, en vue de clarifier le rôle de l'Organisation mondiale de la santé dans une pareille situation.

Un des défis qu'il fallait relever, c'est de montrer que nous avons les compétences voulues pour régler une telle question. De fait, cela a été contrôlé. Malheureusement, les défis dont nous avons parlé plus tôt — par exemple, l'échange de données et la capacité d'analyser et de démontrer ce que nous avons fait — sont tels que l'Organisation mondiale de la santé nous a accordé une évaluation moins bonne que celle qu'elle a accordée à d'autres pays, par exemple Singapour.

Nous communiquons périodiquement avec l'Organisation mondiale de la santé. De fait, nous croyons qu'elle fait un très bon travail pour ce qui est des réseaux de laboratoire et d'épidémiologie. Nous avons aidé l'Organisation mondiale de la santé à intervenir globalement au moment d'une flambée à Hong Kong.

Par contre, je suis d'avis que les gens de l'OMS n'ont pu, autant qu'ils l'auraient pu, évaluer correctement ce que nous faisons, étant donné certaines des difficultés et des défis qui se sont présentés à nous, pour ce qui est de démontrer et d'analyser ce que nous faisons.

**M. Broughton:** Quand on constate toute la série d'organisations qui entrent en jeu, qu'elles soient internationales ou canadiennes, on voit qu'il y a là tout un scénario et tout un dilemme. Les gens ont observé des provinces et des territoires, ils nous ont vus nous et d'autres pays en train de réagir en pleine course à l'impact du SRAS et à la définition des cas et aux effets éventuels. Pour être juste envers tous, l'Organisation mondiale de la santé faisait exactement la même chose. Or, il est plus facile pour l'organisation qui occupe le rang supérieur, c'est-à-dire l'organisation internationale, de porter sur les autres un jugement. Nous avons tous conclu que le système entier, y compris l'OMS, devait assumer sa part de responsabilité pour essayer de débrouiller tout cela.

C'est une réponse qui est peut-être formulée de manière moins diplomatique que celle de M. Gully, mais elle vous donne tout de même une certaine perspective.

**Le sénateur Léger:** L'argent ne nous importe pas tant et aussi longtemps que la question des vies en péril n'a pas été réglée, et j'imagine que vous devez faire face à cette réalité. Nous allons voir le projet de loi plus tard.

En tant que citoyenne ordinaire, je suis très fière de ce qu'a fait le Canada. Subitement, tout de même, l'Organisation mondiale de la santé parle comme si Singapour se débrouillait mieux que nous. Nous avons alors regardé la situation de façons nouvelles. J'espère que les nouvelles subdivisions ne viendront pas compliquer les choses. Voilà un danger.

**Senator Morin:** Senator Léger is raising a very important point. At some point, we should look retrospectively at the travel advisory that hurt Toronto so much. It was unfair as far as we are concerned, although we do not have the facts. Was it in fact advisable to issue a travel advisory at that point or was it a mistake? A year later, we should know.

Airport screening was another issue raised at the time. Were we doing the right thing, giving out these little pink slips while other countries had sophisticated technology? We did not look very good with those little slips, but maybe in retrospect that was the thing to do.

We should have that information within a year on these two specific points that were raised, as you probably remember, at the time. It does not need to be made public.

**Senator Cook:** Thank you for several compelling hours. I come from the province of Newfoundland. What would happen if the unknown came to my area, if someone stepped off a plane from somewhere with a disease? We have only one tertiary care hospital.

I wrestle with a more compelling thing. I know that the provinces deliver health care and I know a little about the federal system. When we did our report, we allocated a fair amount of money to public health because we thought that it was underfunded. That which has happened in the intervening time dwarfs that in comparison.

We talked about structures, and we talked about systems, but we have not talked about the preparedness of the human element to deal with it. We have not talked about training people or cross-training all the health professionals. Is there a public health school in this nation today? Is there curriculum support? Is there sufficient training for people to deal with the unknown — because that is what we are doing?

Health care is the responsibility of the provinces, but somehow, somewhere, the federal system has to take some responsibility. The provinces regionalize services. Public health is always low on the totem pole because it is seen as education in schools or nice little cosy things like weight control or whatever.

We thought in the 1970s that we had it licked — that communicable diseases were controlled. Here we are in 2003 and we are into a new round. In our preparedness, we need to look at the human element of who takes care of the people who are affected by this. No one this afternoon has talked about that.

**The Chairman:** I should add, to emphasize the point that Senator Cook just made, that I have used in speeches a number of times lately the wonderful quote from the official in the Ontario government who explained why two or three years ago it was

**Le sénateur Morin:** Le sénateur Léger soulève une question très importante. À un moment donné, nous devrions jeter un coup d'œil à l'avis aux voyageurs qui a tant nui à Toronto. C'était injuste, à notre avis, mais nous ne disposons pas de tous les faits pour trancher. Fallait-il justement donner à ce moment-là un avis aux voyageurs, ou était-ce plutôt une erreur? Un an plus tard, nous devrions le savoir.

La question des inspections dans les aéroports a également été soulevée à ce moment-là. Est-ce que nous avions raison d'agir comme nous agissions, nous qui donnions des petits bordereaux roses pendant que d'autres pays appliquent une technologie perfectionnée? Ces petits bordereaux nous font mal paraître, mais, peut-être, à y penser aujourd'hui, c'était ce qu'il fallait faire.

Un an plus tard, nous devrions savoir ce qu'il en est des deux points particuliers qui ont été soulevés, comme vous vous en souvenez probablement, à l'époque. Cela n'a pas à être rendu public.

**Le sénateur Cook:** Merci de nous avoir donné plusieurs heures des plus fascinantes. Je suis originaire de la province de Terre-Neuve. Qu'est-ce qui arriverait si un inconnu débarquait chez nous, si un inconnu malade descendait de l'avion? Nous n'avons qu'un hôpital de soins tertiaires.

Je me débats avec une question beaucoup plus ardue. Je sais que ce sont les provinces qui dispensent les soins de santé, et je connais un peu le régime fédéral. Quand nous avons produit notre rapport, nous avons prévu une assez bonne somme d'argent pour la santé publique, car celle-ci, à notre avis, était sous-financée. Avec ce qui s'est passé depuis, nos appréhensions semblent minuscules.

Nous avons parlé des structures et nous avons parlé des systèmes, mais nous n'avons pas parlé de l'état de préparation de l'élément humain. Nous n'avons pas discuté de la formation de gens ou d'une formation polyvalente de tous les professionnels de la santé. Y a-t-il aujourd'hui au Canada une école de santé publique? Y a-t-il un soutien du programme d'études? Y a-t-il une formation suffisante pour les gens qui affrontent l'inconnu — parce que c'est cela que nous faisons?

La responsabilité de la santé appartient aux provinces, mais, d'une façon ou d'une autre, le régime fédéral doit assumer sa part de responsabilité. Les provinces régionalisent les services. La santé publique n'occupe jamais un rang très élevé dans l'ordre de priorité, car on l'assimile à une sorte d'éducation dispensée dans les écoles ou à des petits trucs gentils et sans conséquence comme la lutte contre l'obésité et je ne sais quoi encore.

Dans les années 70, nous croyions avoir remporté la victoire — nous étions d'avis que les maladies transmissibles étaient endiguées. Nous voici, en 2003, et c'est une nouvelle ronde. Pour nous préparer, il nous faut regarder l'élément humain de l'équation, qui s'occupe des gens touchés par cela. Cet après-midi, personne n'en a parlé.

**Le président:** Pour appuyer ce que le sénateur Cook vient de dire, je devrais ajouter que j'ai utilisé moi-même, pendant les discours que j'ai prononcés plusieurs fois récemment, cette citation merveilleuse d'un responsable du gouvernement de



okay to lay off their last public health researcher. The explanation that was given to the media at the time was that it was because there were really no new diseases that would ever again come to Canada in general, and Ontario in particular.

I merely use that as an illustration of the point that I think Senator Cook is trying to make. It is a wonderful quote for posterity.

**Mr. Broughton:** Senator, please ensure that the record shows that that was not a Health Canada person.

**The Chairman:** It was someone in the Ontario government. It was not a minister. It was some official in Ontario.

**Dr. Gully:** I would like to make two comments. One relates to health care workers in general during SARS. I was at a meeting at the University of Toronto this morning and every speaker paid tribute to health care workers across the board, including public health workers, laboratory workers and so forth, in terms of how they responded. In fact, the public responded hugely well to this. It is in recognition of their input that we have to be critically analyzing what we did, so that in fact we can do a better job next time.

The "public health capacity", which we have referred to in the presentation, is shorthand for improving capacity across the board in public health. We must improve our ability to do surveillance, ongoing investigation and analysis and develop programs for communicable and non-communicable diseases.

However, we would certainly recognize that that capacity building has to take place across the country, because there is not a large capacity for academic training in public health. There is not a school of public health in Canada. There is some discussion among universities that there might be in the future, but certainly there is no current one. There is limited training for physicians in public health outside Quebec. Quebec does a good job.

Outside of Quebec, there are not many physicians and very few nurses, even in positions as public health nurses, who have a lot of training in public health. What we say about bolstering public health capacity includes all those things. It includes the recognition that those individuals are needed in every province and territory, so there is a first line of defence for acute issues, as well as chronic issues in the long term.

l'Ontario, qui expliquait, il y a deux ou trois ans, qu'il était tout à fait correct de mettre à pied le dernier chercheur en santé publique au gouvernement. Selon l'explication qu'il a donnée aux médias à ce moment-là, désormais, il n'y aurait plus vraiment de maladies nouvelles qui se manifesteraient au Canada, de manière générale, et en Ontario, en particulier.

Je dis ça simplement pour illustrer le raisonnement que je crois que le sénateur Cook est en train de formuler. C'est une citation merveilleuse qui passera à la postérité.

**M. Broughton:** Sénateur, je vous prie de bien noter dans le compte rendu que cette citation ne vient pas d'un employé de Santé Canada.

**Le président:** C'était quelqu'un du gouvernement de l'Ontario. Ce n'était pas un ministre. C'était un responsable quelconque en Ontario.

**Dr Gully:** J'aimerais formuler deux observations. Il y en a une qui porte sur les travailleurs de la santé en général au moment de la crise du SRAS. J'ai assisté à une réunion à l'Université de Toronto ce matin; toutes les personnes qui ont pris la parole ont rendu hommage aux travailleurs de la santé, sans aucune exception, y compris les travailleurs de la santé publique, les travailleurs des laboratoires, et ainsi de suite, pour ce qui est de la façon dont ils ont réagi à la crise. De fait, le grand public a eu une réaction extraordinaire. C'est pour reconnaître l'apport de ces gens qu'il nous faut procéder à une analyse critique de ce que nous avons fait, pour que, dans les faits, nous puissions faire un meilleur travail la prochaine fois.

Quand nous parlons des moyens à la disposition des responsables de la santé publique dans notre exposé, nous entendons par là qu'il faut améliorer la capacité d'agir dans les dossiers de la santé publique, dans son ensemble. Il nous faut améliorer notre capacité d'exercer une surveillance, de faire enquête et d'analyser et de concevoir des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et autres.

Toutefois, nous allons certainement reconnaître que ce renforcement des capacités doit avoir lieu partout au pays, la formation officielle en santé publique n'étant pas d'une grande envergure. Au Canada, il n'y a pas d'école de la santé publique. Dans le milieu universitaire, il est question d'en créer une à l'avenir, mais, certes, il n'y en a pas en ce moment. Hormis le cas du Québec, la formation des médecins en santé publique est limitée. Le Québec fait un bon travail sur ce plan.

En dehors du Québec, il n'y a pas un grand nombre de médecins et encore moins d'infirmières, même quand il s'agit d'une infirmière qui occupe le poste d'infirmière en santé publique, qui ont une formation poussée en santé publique. Quand nous parlons de l'idée de renforcer la capacité du point de vue de la santé publique, tout cela est inclus. Cela comprend le fait de reconnaître que ces personnes font un travail qui est nécessaire dans chacune des provinces et dans chacun des territoires, pour qu'il y ait une première ligne de défense contre les affections aiguës aussi bien que les maladies chroniques, à long terme.

**Dr. Mowat:** If I can just add, in response to Senator Cook, some more information about training and health human resources for public health. There are provisions of various kinds across the country, particularly through the 16 schools of medicine, for the supply of public health professionals, including physicians, nurses and others. There is some concern about a number of issues that are in some sense no different from elsewhere in the health care system, such as an aging workforce and the ability to replace those who might retire. If anything is a national issue, this is it. Of course, medical training and the post-graduate training is a provincial responsibility, yet that capacity and that human resource is transferable among the various provinces and territories.

This has concerned federal and provincial ministers and deputy ministers. There is now a federal-provincial-territorial advisory committee on population health and health security, which will be looking at a number of health infrastructure issues, including matters of health human resources. It will involve the federal government, provincial governments and representatives of universities and the health professions. We have a vision of everyone getting together to look at this in the longer term.

**Senator Trenholme Counsell:** We have moved into this whole issue of human resources. I want to say that one was very struck by the compassionate concern about the patients and their families. However, I think the nurses in those hospitals bore an enormous burden. When I compare it to what firefighters do in the case of an emergency, knowing they are perhaps risking their lives, be it in New York or B.C. or wherever, I do not know whether one needs to talk to nurses' associations or whether there could have been more support. This does not really deal with education of public health personnel. This deals with trying to realize who is under the most stress. Of course, patients' families come first; however, I think the next would have been the nurses. I felt as I watched and listened that the nurses at those hospitals were at the breaking point. I am not being critical at all, but if this was a first, in a sense, I wonder whether there could have been more help for the nurses to alleviate the stress on them and their families. There must be a lot of post-stress syndrome among those nurses and a very lasting impact.

I think that is something that one has to perhaps be aware of through the nurses' and nursing aides' associations.

**The Chairman:** To pick up on Senator Trenholme Counsell's point, is anyone looking at the impact on the people who were on the firing line?

**Dr Mowat:** Permettez-moi d'ajouter, pour répondre à la question du sénateur Cook, quelques éléments d'information au sujet de la formation et des ressources humaines en santé publique. Des dispositions de tous genres sont prévues dans diverses régions du pays, particulièrement dans les 16 écoles de médecine, pour pourvoir les établissements en professionnels de la santé publique, notamment les médecins, les infirmières et d'autres encore. On essaie de tenir compte de plusieurs questions qui, d'une certaine façon, sont les mêmes qu'on voit ailleurs dans le système de santé, par exemple le vieillissement de la main-d'œuvre et la possibilité de remplacer les gens susceptibles de prendre leur retraite. S'il y a bien une question nationale dans tout cela, la voilà. Bien entendu, la formation en médecins et les études supérieures constituent une responsabilité provinciale; néanmoins, il s'agit là d'une capacité et d'une ressource humaine qui est «transférable» entre les provinces et territoires.

C'est une question qui a attiré l'attention des ministres et des sous-ministres fédéraux et provinciaux. Il existe maintenant un comité consultatif fédéral-provincial-territorial de la santé de la population et de la sécurité de la santé, qui se penchera sur plusieurs questions touchant l'infrastructure de la santé, notamment celles qui se rapportent aux ressources humaines en santé. Le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les représentants d'universités et de professeurs de la santé y apporteront leur grain de sel. Notre vision, c'est que tous se rassemblent pour étudier cela dans une perspective à long terme.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Voilà que nous abordons la vaste question des ressources humaines. Je tiens à dire que le souci exprimé à propos des patients et de leur famille a été très touchant. Tout de même, je crois que les infirmières dans les hôpitaux en question ont dû supporter un fardeau énorme. Quand je compare cela à ce que font les pompiers en cas d'urgence, sachant qu'ils risquent peut-être leur peau, que ce soit à New-York ou en Colombie-Britannique ou je ne sais où encore, je ne sais pas s'il faut s'entretenir avec des associations d'infirmières ou s'il y aurait pu y avoir un appui meilleur. Il n'est pas vraiment question là d'éducation du personnel en santé publique. Il s'agit de savoir qui doit composer avec le plus de stress. Bien entendu, ce sont les familles des patients qui viennent en premier; ensuite, à mon avis, ce serait les infirmières. À regarder et à écouter tout cela, j'ai l'impression que les infirmières en étaient rendues au point de rupture. Il ne s'agit pas là d'une critique sévère, j'essaie simplement de savoir que, s'il s'agissait d'une première fois, d'une certaine façon, je me demande s'il n'aurait pas été possible de donner plus d'aide aux infirmières, pour soulager le stress imposé à elles et à leur famille. Les cas de syndrome de stress post-traumatique doivent être nombreux parmi les infirmières en question, et avoir un effet très durable.

Je crois que c'est peut-être une question qu'il faudra regarder, peut-être par l'entremise des associations d'infirmières et d'aides-infirmières.

**Le président:** Pour reprendre le fil de la pensée du sénateur Trenholme Counsell, je demanderais: est-ce que quelqu'un étudie l'impact du phénomène sur les gens qui étaient sur la ligne de front?



**Dr. Gully:** I do not know, senator. We can find that out from the head of nursing policy in Health Canada, who was very much involved in assisting Ontario in finding nursing resources.

**The Chairman:** Would you mind talking to her about that? She has been a witness here before.

May I just say to the assistant deputy ministers, I think it would be helpful to us, but I also believe it would be helpful to you, if a member of each of your organizations were to monitor these hearings, for two reasons. As we go along, there may well be specific questions where, if someone is here, they do not need to answer on the record, but at least we can be sure we get an answer quickly. It may also be, when we get to the end of the process, that we would like to call this group back again. In that case, having had someone monitor hearings would make that discussion substantially more efficient. If you could do that, that would be great.

I thank all of you for coming. I know we imposed on your time, but it has been a good start.

I have one five-second piece of business. We need a motion in the committee, which was approved by the steering committee yesterday, for a small budget of \$9,000 related to this study. It went through Senator LeBreton and me yesterday. Senator Keon can move it.

We will take that as done. Thank you very much.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Thursday September 18, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:03 a.m. to study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

**The Deputy Chairman:** We are continuing our study on the infrastructure of governance of the public health system in Canada, as well as Canada's ability to respond to public health emergencies. The recent example of SARS focused our mind on this.

Our witnesses this morning, from Agriculture and Agri-Food Canada, are Andrew Marsland, Gilles Lavoie, Judith Bossé and Dr. Karen Dodds. Welcome to our committee.

Dr. Dodds, I understand you will present first. Please proceed.

**Dr. Gully:** Je ne sais pas, sénateur. Nous pouvons poser la question à la directrice de la politique des soins infirmiers à Santé Canada, qui a beaucoup aidé à trouver des infirmières pour l'Ontario.

**Le président:** Pouvez-vous lui en toucher un mot? Elle a déjà comparu ici.

Puis-je signaler aux sous-ministres adjoints qu'il serait utile pour nous, mais, à mon avis, pour vous aussi, de déléguer un membre de chacune de vos organisations qui aurait pour tâche de suivre nos audiences, et ce, pour deux raisons. Au fur et à mesure que nous allons progresser, il y aura peut-être bien des questions précises auxquelles, dans la mesure où elle est là, la personne pourra répondre ne serait-ce qu'officieusement; tout au moins, nous allons pouvoir obtenir rapidement une réponse. Il se peut aussi qu'une fois arrivés au terme du processus nous souhaitions convoquer à nouveau tout le groupe. Dans un tel cas, si un de vos représentants suivait nos audiences, la discussion serait nettement plus efficace. Si vous pouviez faire cela, nous l'apprécierions énormément.

Merci à tous d'être venus. Je sais que nous avons pris de votre temps, mais nos travaux sont bien amorcés.

Réglons une affaire en deux temps trois mouvements. Le comité directeur a adopté hier une motion pour le comité, prévoyant un petit budget de 9 000 \$ en rapport avec notre étude. Le sénateur LeBreton et moi-même nous en avons discuté hier. Le sénateur Keon peut proposer.

C'est adopté. Merci beaucoup.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le jeudi 18 septembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 03 pour étudier l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Nous poursuivons notre étude sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. L'exemple récent du SRAS a polarisé notre attention sur ces questions.

Nous accueillons ce matin, d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, Andrew Marsland, Gilles Lavoie, Judith Bossé et Karen Dodds. Nous vous souhaitons la bienvenue à notre comité.

Madame Dodds, je crois comprendre que vous serez la première à présenter votre exposé. Vous avez la parole.

**Dr. Karen Dodds, Director General, Food Directorate, Health Products and Food Branch, Health Canada:** So I am sharing this presentation with my colleagues from the Canadian Food Inspection Agency and from Agriculture and Agri-Food Canada. It is a pleasure to be with you here this morning to talk about food safety and public health with a specific reference to governance infrastructure and the response to Bovine Spongiform Encephalopathy, BSE, that we have lived through since the announcement May 20 of a case of BSE in the domestic herd in Canada.

The remit of this committee is looking at public health. It is appropriate that you asked for examination of BSE, because internationally food safety is considered a fundamental part of public health. It is dealt with in other countries often in agencies apart from disease surveillance and control agency. However, food safety and water safety are considered to be important parts of public health.

You can see this when the World Health Organization was established in 1948. Part of their mandate was food safety, considered part of the public health mandate. That was reaffirmed in May 2000, when the World Health Assembly adopted a resolution calling on the World Health Organization to recognize food safety as an essential public health function. It can be taken for granted in countries that have a well-developed food safety system, but it needs to be cared and nurtured and tended to in countries developing a food safety system.

There are a number of different depictions that relate food safety, animal and plant health, and the whole environment to the impact on human health. This is one example. Obviously, human food tends to be our largest exposure to any environmental contaminant, be it an infectious contaminant or a chemical contaminant.

Plants, but more especially, animals, are a way of conveying some of those contaminants to us. Animals are similar physiological beings to humans, so micro-organisms that cause disease in animals can often cause disease in humans. There must be close links between animal health and human health. Food is often the vehicle — but not always. What the animals are exposed to in the environment and through inputs such as feed can affect their health, which affects human health.

The food safety system in Canada is complex and there are a number of different levels and different players in the system. It is important that each level and each player also pay attention. We speak to the federal government, the provincial and territorial governments, municipal governments, the food industry, the agricultural sector itself, consumers who obviously play an

**Mme Karen Dodds, directrice générale, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada:** Je présente cet exposé conjointement avec mes collègues de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et d'Agriculture et Agroalimentaire Canada. C'est un plaisir d'être des vôtres ce matin, pour parler de la salubrité des aliments et de la santé publique dans le cadre particulier de la gouvernance et de l'infrastructure et des mesures qui ont été prises en réaction au cas d'encéphalopathie spongiforme bovine, ou ESB, détecté dans un cheptel ici au Canada, le 20 mai.

Votre comité a pour mandat d'étudier la santé publique. Il est donc approprié que vous demandiez une étude de l'ESB, étant donné qu'à l'échelle internationale, la salubrité des aliments est considérée comme un élément fondamental de la santé publique. C'est un aspect dont s'occupent souvent dans d'autres pays des organismes distincts de l'Agence de contrôle et de surveillance des maladies. Cependant, la salubrité des aliments et de l'eau sont considérés comme des éléments importants de la santé publique.

On peut d'ailleurs le constater si l'on examine le mandat de l'Organisation mondiale de la santé, établie en 1948. Une partie de son mandat portait sur la salubrité des aliments, que l'on jugeait faire partie du mandat de la santé publique. Cela a été confirmé en mai 2000, lorsque l'Assemblée mondiale sur la santé a adopté une résolution demandant à l'Organisation mondiale de la santé de reconnaître la salubrité des aliments comme une fonction essentielle de la santé publique. On peut considérer que cela va de soi dans les pays qui ont un système bien développé de salubrité des aliments, mais c'est une fonction dont il faut s'occuper avec soin, qu'il faut promouvoir et surveiller dans les pays qui sont en train de mettre sur pied un système de salubrité des aliments.

Il existe différentes façons de représenter les liens qui existent entre la salubrité des aliments, la santé des animaux et des végétaux, et les répercussions de l'environnement en général sur la santé humaine. Il s'agit d'un exemple. De toute évidence, c'est souvent l'alimentation humaine qui nous expose le plus aux contaminants de l'environnement, qu'il s'agisse d'un contaminant infectieux ou chimique.

C'est entre autres par les végétaux, mais plus particulièrement par les animaux, que certains de ces contaminants nous sont transmis. Comme les animaux ont une physiologie similaire à celle des humains, les micro-organismes qui causent des maladies chez les animaux peuvent souvent causer des maladies chez les humains. Il faut établir des liens étroits entre la santé des animaux et la santé humaine. L'alimentation est souvent le vecteur — mais pas toujours. Ce à quoi les animaux sont exposés dans leur environnement et l'alimentation qu'on leur donne peut influencer sur leur santé, ce qui influe ensuite sur la santé humaine.

Le système de salubrité des aliments au Canada est complexe et comporte différents niveaux et différents intervenants. Il est important que chaque niveau et chaque intervenant fassent eux aussi preuve de vigilance. Nous communiquons avec le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les administrations municipales, l'industrie de



important role through the foods they choose and how they handle food, and civil society in participating in decision making and policy development.

At the federal level in Canada, the mandate for food safety is divided. Health Canada has the responsibility for establishing standards and policies relating to food safety and food nutrition. That is, for tolerances for chemical contaminants, microbiological contaminants and for certain processes such as pasteurization. We are responsible for setting those aspects of food safety for reviewing submissions from industry for new food additives for genetically modified foods.

We also have a responsibility to evaluate the effectiveness of the Canadian Food Inspection Agency's activities that relate to food safety and, as you heard yesterday, another important part of our mandate is outbreak control and disease surveillance and the public health response. It is important that those two parts have close links because they need to work together. We do research, surveillance, epidemiology, risk assessment, policy development, standard setting and regulation.

**Ms. Judith Bossé, Vice-President, Science, Canadian Food Inspection Agency:** The Canadian Food Inspection Agency has a role to play in the area of public health, related to food and disease that can be transmitted directly from the animal or the plant to humans. We are developing policy in the inspection program for the enforcement and compliance with federal food standards and policies and we are also developing standards and policy for animal and plant health, which are leading to programs that will enforce and ensure compliance with the standards and policies.

For example, we do regulate inputs such as animal feed to ensure that this will not go into the food chain. We do regulate veterinary biologics, which are vaccines used in animals but could represent a risk to humans depending on how they are produced. We have numerous animal disease control programs, some of which pertain to tuberculosis, anthrax or BSE. We conduct surveillance monitoring, intelligence function, research and test development similar to what Health Canada is doing, but looking at the animal diseases as a whole and not just the ones giving concern to public health, knowing that public health issues are at the top of the pyramid.

**Mr. Andrew Marsland, Acting Assistant Deputy Minister, Market and Industry Services Branch, Agriculture and Agri-Food Canada:** Agriculture and Agri-Food Canada's principle role in

l'alimentation, le secteur agricole même, les consommateurs qui de toute évidence jouent un rôle important en raison des aliments qu'ils choisissent et de la façon dont ils les manipulent, et la société civile qui participe à la prise de décisions et à l'élaboration de politiques.

Au niveau fédéral au Canada, le mandat concernant la salubrité des aliments est partagé. Santé Canada est chargé d'établir des normes et des politiques concernant la salubrité des aliments et la valeur nutritive des aliments, c'est-à-dire les tolérances prévues pour les contaminants chimiques, microbiologiques et pour certains procédés comme la pasteurisation. Nous sommes chargés d'établir ces aspects de la salubrité des aliments, d'examiner les propositions de l'industrie concernant de nouveaux additifs alimentaires et les aliments génétiquement modifiés.

Nous sommes aussi chargés d'évaluer l'efficacité des activités de l'Agence canadienne d'inspection des aliments en ce qui concerne la salubrité des aliments et, comme vous l'avez entendu hier, un autre aspect important de notre mandat consiste à lutter contre les poussées endémiques et à surveiller les maladies de même qu'à intervenir en matière de santé publique. Il est important que ces deux aspects soient étroitement liés parce qu'ils vont de pair. Nous nous occupons de la recherche, de la surveillance, de l'épidémiologie, de l'évaluation du risque, de l'élaboration de politiques, de l'établissement de normes et de règlements.

**Mme Judith Bossé, vice-présidente, Sciences, Agence canadienne d'inspection des aliments:** L'Agence canadienne d'inspection des aliments a un rôle à jouer dans le domaine de la santé publique, en ce qui concerne les aliments et les maladies qui peuvent être transmis directement par des animaux ou des végétaux aux humains. Nous sommes en train d'élaborer une politique dans le cadre du programme d'inspection pour assurer l'application et le respect de normes et de politiques fédérales en matière de salubrité des aliments et nous sommes également en train d'élaborer des normes et des politiques sur la santé des animaux et des végétaux, qui entraîneront l'établissement de programmes destinés à assurer l'application et le respect des normes et politiques en question.

Par exemple, nous réglementons entre autres les aliments pour animaux afin d'éviter qu'ils pénètrent dans la chaîne alimentaire. Nous réglementons les produits biologiques à usage vétérinaire, qui sont des vaccins utilisés chez les animaux mais qui pourraient présenter un risque pour les humains selon la façon dont ils sont produits. Nous avons de nombreux programmes de contrôle des maladies animales, notamment de la tuberculose, de l'anthrax ou de l'ESB. Nous avons des programmes de surveillance, de contrôle, de veille, de recherche et de développement d'essai semblables à ceux qui existent à Santé Canada, mais nous examinons les maladies animales dans leur ensemble et non uniquement celles qui posent des risques pour la santé publique, tout en sachant que les questions de santé publique se trouvent au sommet de la pyramide.

**M. Andrew Marsland, sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services à l'industrie et au marché, Agriculture et Agroalimentaire Canada:** Le rôle principal

relation to food safety is to lead the development of policies and programs to support the agriculture and agri-food industry in succeeding in the marketplace and responding to the demands of consumers. Most pertinent in this respect is development of the Agricultural Policy Framework, which responds to an increasingly complex marketplace where consumers are much more concerned about the foods that they eat and the manner in which they are prepared.

The Agricultural Policy Framework is federal-provincial/territorial initiative. All provinces have signed on to the framework agreement and we are currently negotiating implementation agreements with particular provinces.

There are five pillars to the framework: business risk management, science and innovation, environment, renewal, and food safety and quality. We are helping farmers and producers gain the management skills and technical skills they need to succeed in a complex environment.

For this committee, safety and quality is the most pertinent. In that context, the Agricultural Policy Framework aims at establishing targets and programs in four key areas. The first one is food safety. We are developing food safety systems along the food production chain, including on-farm Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP, based systems, on a national basis. We also provide surveillance information to the industry and governance of those systems.

Second, the objective under the topic of quality is to provide a framework whereby industry can develop quality standards to help them succeed in the market place. Third, we are developing tracing and tracking systems in all major commodity groups to facilitate the trace back of particular products to the farm gate. Finally, we are undertaking research to identify risks and support industry-led systems.

An important part of the agreements is the development of targets and public reporting to Canadians on how governance and industry have done in meeting those targets.

[Translation]

**Ms. Dodds:** I will now describe the provincial and territorial responsibilities. Each province is responsible for the development of standards and policies for agriculture and food destined for trade or consumption within its borders. The department responsible varies from province to province. The responsibility sometimes rests with the Department of Agriculture and sometimes with the Department of Health.

[English]

You cannot predict from province to province if it will be the minister of health or the minister of agriculture. There are also responsibilities at the municipal level. They are responsible

d'Agriculture et Agroalimentaire Canada en matière de salubrité des aliments consiste à diriger l'élaboration de politiques et de programmes destinés à appuyer l'industrie de l'agriculture et de l'agroalimentaire pour qu'elle réussisse sur le marché et réagisse aux exigences des consommateurs. À cet égard, l'aspect le plus pertinent est l'élaboration du cadre stratégique pour l'agriculture, en réponse à un marché de plus en plus complexe où les consommateurs sont beaucoup plus préoccupés par les aliments qu'ils consomment et la façon dont ils sont préparés.

Le cadre stratégique pour l'agriculture est une initiative fédérale-provinciale/territoriale. Toutes les provinces ont signé l'entente-cadre et nous sommes en train de négocier des ententes de mise en oeuvre avec certaines.

Ce cadre comporte cinq piliers: la gestion des risques de l'entreprise, les sciences et l'innovation, l'environnement, le renouvellement, et la salubrité et la qualité des aliments. Nous sommes en train d'aider les agriculteurs et les producteurs à acquérir les aptitudes de gestion et les aptitudes techniques dont ils auront besoin pour réussir dans un environnement complexe.

Pour votre comité, la salubrité et la qualité des aliments sont les éléments les plus pertinents. Dans ce contexte, le cadre stratégique pour l'agriculture vise à établir des objectifs et des programmes dans quatre secteurs clés. Le premier porte sur la salubrité des aliments. Nous sommes en train d'élaborer des systèmes de salubrité des aliments dans l'ensemble de la chaîne de production alimentaire, y compris des systèmes d'analyse des risques et maîtrise des points critiques à la ferme, à l'échelle nationale. Nous offrons aussi de l'information sur la surveillance à l'industrie et nous assurons la gouvernance de ces systèmes.

Deuxièmement, l'objectif en matière de qualité est d'assurer un cadre qui permet à l'industrie d'élaborer des normes de qualité qui lui permettront de réussir sur le marché. Troisièmement, nous sommes en train de mettre au point des dispositifs de dépistage et de repérage pour l'ensemble des principaux groupes de produits afin de faciliter le retraçage de produits particuliers à la ferme. Enfin, nous sommes en train de faire de la recherche pour cerner les risques et appuyer les systèmes lancés par l'industrie.

Un aspect important de ces ententes est l'établissement d'objectifs et de rapports publics à l'intention des Canadiens sur les mesures prises par le gouvernement et l'industrie pour atteindre ces objectifs.

[Français]

**Mme Dodds:** Je vais maintenant décrire les responsabilités provinciales et territoriales. Chaque province est responsable d'établir les normes de politiques agricoles et alimentaires destinées aux fins du commerce et de la consommation à l'intérieur d'une province. Le ministère responsable varie d'une province à l'autre. La responsabilité repose parfois sur le ministère de l'Agriculture et parfois sur le ministère de la Santé.

[Traduction]

Il est impossible de prévoir d'une province à l'autre si cela relèvera du ministre de la Santé ou du ministre de l'Agriculture. Il existe aussi des responsabilités au niveau municipal. Les



primarily for regulation and inspection of food premises, which include food service establishments such as cafeterias and restaurants. In some provinces — British Columbia and Ontario, for example — they have delegated some responsibility for food safety from provincial ministries of health to regional public health units.

**Ms. Bossé:** It is understood among the three departments that we need close collaboration on food safety matters given that measures to protect animal and plant health are an important and complimentary part of public health protection actions. An MOU has been developed between Health Canada and CFIA. Some MOUs are being developed between AFC and CFIA, as well as between AFC and Health Canada under the APF.

[Translation]

We now have various committees coordinating the activities of Health Canada and the agency or Agriculture Canada. These committees are made up of deputy ministers as well as members from all levels down to the working level: there also working groups who discuss more specific issues.

[English]

**The Deputy Chairman:** I would remind the witness that when you use an acronym, please explain what it is.

**Dr. Dodds:** There is also a well-developed system for coordination between the federal and provincial/territorial levels. I will bring to your attention specifically three committees. The Canadian Food Inspection System Implementation Group is perhaps the broadest of the three committees. It involves participants from the federal level — the three departments represented here — and a representative from health and from agriculture from each province. Its focus is looking at national standards and coordination amongst the different agencies.

There is also a federal/provincial/territorial committee on food safety policy. This group discusses the development of policies and standards but again has both participation from health and from agriculture and it is led by Health Canada.

There is also the Federal/Provincial/Territorial Agri-Food Inspection Committee, which is led by the Canadian Food Inspection Agency with participation of Agriculture Canada and provincial ministries of agriculture. There are also new committees in discussion of governance considering the Agriculture Policy Framework.

We also have explicit federal/provincial/territorial agreements and protocols. One that is germane to the issue is Food-Borne Illness Outbreak Response Protocol, which is across all parts of Health Canada and includes the Canadian Food Inspection

municipalités sont principalement chargées de la réglementation et de l'inspection des établissements d'alimentation, y compris les établissements de service alimentaire comme les cafétérias et les restaurants. Certaines provinces — entre autres la Colombie-Britannique et l'Ontario — ont délégué certaines responsabilités en matière de salubrité alimentaire des ministères provinciaux de la Santé aux services régionaux de santé publique.

**Mme Bossé:** Les trois ministères reconnaissent qu'ils doivent collaborer étroitement sur les questions de salubrité alimentaire étant donné que les mesures de protection des animaux et des végétaux font partie d'un volet important et complémentaire aux activités de protection de la santé publique. Un protocole d'entente a été établi entre Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Certains protocoles d'entente sont en train d'être élaborés entre AAC et ACIA, ainsi qu'entre AAC et Santé Canada en vertu du cadre stratégique pour l'agriculture.

[Français]

Nous avons plusieurs comités coordonnant les activités entre Santé Canada et l'agence, ou Agriculture Canada. Ces comités sont constitués du sous-ministre et descendent à tous les niveaux de l'organisation jusqu'à des groupes de travail chargés de discuter des questions de façon plus spécifique.

[Traduction]

**La vice-présidente:** J'aimerais rappeler au témoin, si vous utilisez un acronyme, de bien vouloir l'expliquer.

**Mme Dodds:** Il existe aussi un système bien établi de coordination entre les paliers fédéral et provinciaux/territoriaux. Je porterai à votre attention en particulier trois comités. Le Groupe canadien de mise en oeuvre du système d'inspection des aliments est sans doute le plus vaste des trois comités. Il comprend des représentants du gouvernement fédéral — les trois ministères représentés ici — et des représentants des secteurs de la santé et de l'agriculture de chaque province. Il a pour objectif d'examiner les normes nationales et la coordination parmi les différents organismes.

Il existe également un comité fédéral/provincial/territorial sur la politique de salubrité des aliments. Ce groupe discute de l'élaboration de politiques et de normes et ses participants proviennent des secteurs de la santé et de l'agriculture. Ce groupe est dirigé par Santé Canada.

Il y a aussi le Comité fédéral/provincial/territorial d'inspection agroalimentaire, dirigé par l'Agence canadienne d'inspection des aliments avec la participation d'Agriculture Canada et les ministères provinciaux de l'Agriculture. Il existe aussi de nouveaux comités sur la gouvernance, chargés d'examiner le cadre stratégique pour l'agriculture.

Nous avons aussi des ententes et protocoles fédéraux/provinciaux/territoriaux particuliers. L'un qui se rapporte particulièrement à la question que vous étudiez est le protocole d'intervention d'une épidémie de toxi-infection alimentaire, qui

Agency. The provinces have agreed to the protocol. It clearly sets leads and other responsibilities in the situation of a food borne illness.

If the illness is detected first, the public health-medical side takes the lead. My colleagues who were here yesterday from the population and public health branch have the lead at the federal level for investigating the outbreak. Whereas the responsibility for working at the food level — which may include analysis of food — but more important, investigations of food premises rests with the Canadian Food Inspection Agency and/or the province depending on the way in which the food is in commerce within Canada.

The Canadian Food Inspection Agency also has bilateral agreements with many provinces with respect to the inspection responsibilities within a province.

[Translation]

**Ms. Bossé:** If I may, I would like to describe our response to the detection of a case of BSE.

The infected cow was diagnosed by one of the veterinary laboratories in the network that was put in place in early 2002 for BSE surveillance. BSE was confirmed in tissue samples from the cow, samples that had undergone routine testing. The case was referred to CFIA and the sample was immediately sent to the reference laboratory in Winnipeg, the Canadian Food Inspection Agency laboratory.

Since this was the first case detected in Canada, the agency proceeded normally. The sample was sent to the World Reference Laboratory and testing there confirmed on June 20 that the cow was infected with BSE.

The agency immediately launched an investigation to determine the origin of the cow and how the carcass has been disposed of. This investigation led the agency to conclude that no meat from that animal had entered the human food chain. It was also established that according to the way the cow has been slaughtered, the meat had been sent to a feed mill, but it had not entered the ruminant food chain.

It is most likely that this animal was contaminated through animal feed, specifically through proteins commonly used to feed animals. We concluded at the end of our investigation over the summer that no other animal had been infected with BSE.

[English]

**Dr. Dodds:** It was clear after the confirmation of an animal with Bovine Spongiform Encephalopathy, BSE, that a response, which included a public health response, was necessary. Variant

recoupe tous les secteurs de Santé Canada et inclut la participation de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Les provinces ont souscrit à ce protocole. On y énonce clairement les responsabilités premières et autres en cas d'une épidémie de toxi-infection alimentaire.

Si l'infection est détectée en premier, ce sont les services médicaux et de santé publique qui en prennent la direction. Mes collègues de la Direction de la population et de la santé publique qui ont comparu devant vous hier ont la responsabilité première au niveau fédéral pour faire enquête sur l'épidémie. Pour ce qui est de l'aspect alimentaire — qui peut comporter l'analyse des aliments, mais surtout des enquêtes des établissements alimentaires, cette responsabilité relève de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et/ou de la province selon la façon dont les aliments sont commercialisés au Canada.

L'Agence canadienne d'inspection des aliments a aussi conclu des ententes bilatérales avec de nombreuses provinces concernant les responsabilités en matière d'inspection dans une province.

[Français]

**Mme Bossé:** Permettez-moi à présent de vous parler de la réponse entreprise lorsque nous avons découvert la vache, qui fut détectée comme étant infectée par la maladie du BSE.

Cette vache fut diagnostiquée par un des laboratoires vétérinaires faisant partie du réseau des laboratoires mis en place au début 2002, pour assurer la surveillance des cas de BSE. Des échantillons de cette vache, après avoir été soumis à titre d'échantillons de contrôle routinier, ont révélé la présence de la maladie du BSE. Le cas a alors été rapporté à l'Agence canadienne d'inspection des aliments et l'échantillon fut envoyé immédiatement au laboratoire de référence de Winnipeg, laboratoire de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Étant donné qu'il s'agissait du premier cas détecté au Canada, l'agence a procédé normalement. L'échantillon fut envoyé au Laboratoire mondial de référence. Les examens ont en effet révélé, le 20 juin dernier, que la vache était bel et bien positive au BSE.

L'agence a donc entreprise une enquête immédiatement afin de déterminer le lieu d'origine de la vache et la façon dont la carcasse fut disposée. Après enquête, on a pu conclure que la viande de cet animal n'avait pas pénétré la chaîne alimentaire. On a conclut également que la viande de cet animal, étant donné la condition de cette vache lorsqu'elle a été abattue, avait été envoyée pour la fabrication d'aliments destinés aux animaux, mais n'avait toutefois pas pénétré la chaîne alimentaire des ruminants.

La cause la plus probable de contamination chez cet animal fut l'alimentation animale, plus particulièrement une source de protéine couramment utilisée pour nourrir les animaux. L'enquête nous a permis de conclure, au cours de l'été, qu'aucun autre animal n'a été infecté par la maladie.

[Traduction]

**Mme Dodds:** Il était clair après qu'il eut été confirmé qu'un animal était atteint de l'encéphalopathie spongiforme bovine, ou ESB, qu'une intervention, y compris une intervention en matière



Creutzfeldt-Jakob disease, vCJD, is the human disease that is associated with BSE. It is a neurodegenerative disease and is incurable. It has a long incubation period and is always fatal. There have been 145 cases worldwide against a background of an animal epidemic that in the U.K. alone affected approximately 200,000 animals but it may have been a total of 2 million animals infected with BSE. A number of international cases, such as the one identified in Canada one year ago, have been associated with residence and consumption of beef in the U.K.

There are considerations for human health and public health that go beyond food safety. Health Canada has had a blood donor deferral policy that relates to the BSE status of a country and the length of residence in a country. There are a number of other therapeutic products that include pharmaceuticals, medical devices, biologics and vaccines, natural health products and cosmetics that may contain an active or other ingredient that may be a derivation of a bovine source. For example, gelatin and gelatin capsules may be from a bovine source.

All other countries that have identified a case of domestic BSE have implemented additional controls, typically at both the public health/human health level and also at the animal health level. Before May 20, Canada and other countries had considered that we were provisionally free of BSE. We had implemented controls on imports; we had the surveillance system; and we had a feed ban, even though we had never detected BSE in Canada. The finding of one positive cow changed our understanding of what the prevalence level of the disease may be in Canada. Officials from Health Canada, the Canadian Food Inspection Agency, Agriculture and Agri-Food Canada, the industry and public health have considered revision of the policies relating to human and animal health.

**Mr. Marsland:** I think we are all well aware of the reaction of the world to the discovery of a case of BSE in Alberta. In context, the beef industry has been successful at growing export markets. It exports about \$4.4 billion in live cattle, beef and beef products. That represents approximately 60 per cent of total production and 50 per cent of production is exported to the U.S. The response of our trading partners was quite immediate: They closed the borders. A total of some 34 countries imposed restrictions on exports of beef and cattle from Canada immediately. That was a typical response to a case of BSE.

In terms of the investigation, an official from the Canadian Food Inspection Agency immediately recognized the need for a review of its investigation and so a team of experts was engaged to perform that review. Their report strongly endorsed the strength and thoroughness of the investigation and contained a number of recommendations in terms of actions that Canada should consider in response to this expression of a single case. In

de santé publique, s'imposait. La variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, est la maladie humaine associée à l'ESB. Il s'agit d'une maladie neurodégénérative incurable. Elle a une longue période d'incubation et est toujours mortelle. Il y en a eu 145 cas dans le monde dans le contexte d'une épizootie qui au Royaume-Uni seulement a touché environ 200 000 animaux bien que le nombre total d'animaux infectés par l'ESB puisse atteindre 2 millions. Un certain nombre de cas internationaux, tel celui détecté au Canada il y a un an, ont été associés à un séjour au Royaume-Uni et à la consommation de boeuf dans ce pays.

Il existe d'autres facteurs pour la santé humaine et la santé publique qui vont au-delà de la salubrité des aliments. Santé Canada a une politique d'exclusion d'un donneur potentiel de sang en fonction du statut de l'ESB d'un pays et de la durée du séjour dans un pays. Il existe un certain nombre d'autres produits thérapeutiques, y compris les produits pharmaceutiques, les instruments médicaux, les produits biologiques et les vaccins, les produits de santé naturels et cosmétiques qui peuvent renfermer des ingrédients actifs ou autres pouvant être dérivés d'une source bovine. Par exemple, la gélatine et les capsules de gélatine peuvent provenir d'une source bovine.

Tous les autres pays ayant relevé des cas d'ESB ont mis en oeuvre des contrôles supplémentaires, particulièrement au niveau de la santé publique et de la santé humaine et également au niveau de la santé animale. Avant le 20 mai, le Canada et d'autres pays considéraient que nous étions provisoirement exempts d'ESB. Nous avions établi des mesures de contrôle pour les importations; nous avions le système de surveillance; et nous avions une interdiction frappant les aliments du bétail, même si nous n'avions jamais détecté de cas d'ESB au Canada. La détection d'un cas d'ESB chez une vache a modifié la façon dont nous concevions le niveau de prévalence de la maladie au Canada. Les responsables de Santé Canada, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, de l'industrie et de la santé publique ont envisagé de revoir les politiques relatives à la santé humaine et animale.

**M. Marsland:** Je crois que nous savons tous quelle a été la réaction du monde à la découverte d'un cas d'ESB en Alberta. Pour situer le contexte, l'industrie du boeuf a réussi à accroître ses marchés d'exportation. Les exportations de bovins vivants, de boeuf et de produits du boeuf atteignent une valeur de 4,4 milliards de dollars. Cela représente environ 60 p. 100 de la production totale et 50 p. 100 de la production est exportée aux États-Unis. La réponse de nos partenaires commerciaux a été assez immédiate: ils ont fermé les frontières. En tout, environ 34 pays ont imposé immédiatement des restrictions sur les exportations de boeuf et de bétail du Canada. C'était une réaction caractéristique à un cas d'ESB.

En ce qui concerne l'enquête, un représentant de l'Agence canadienne d'inspection des aliments a immédiatement reconnu qu'il fallait revoir son enquête. Par conséquent, une équipe de spécialistes a été constituée pour faire cet examen. Le rapport a fermement appuyé l'efficacité et la rigueur de l'enquête et a recommandé un certain nombre de mesures que le Canada devrait envisager pour réagir à cette expression d'un cas unique. En fait,



effect, the recommendations included a review of our surveillance policies for BSE, feed policies for BSE, public education, tracking and tracing, et cetera.

The Minister of Agriculture and Agri-Food immediately met with the Beef Industry Value Chain Roundtable on May 28, just over one week after the discovery of the case. After discussions with that roundtable, a five-point plan was proposed in response to the case. Those five points included surveillance, review of the feed policy, strengthening the existing tracking and tracing system in the beef industry, looking at on-farm food safety plans and reviewing a national approach to food safety systems.

In July, the ministers of health and agriculture announced a policy for the removal of specified risk materials from cattle aged more than 30 months at slaughter — the key measure to protect human health in this case.

In response to the economic consequences of the discovery of BSE, federal, provincial and territorial governments announced a BSE recovery program with a total value of \$460 million, which was subsequently supplemented by an additional \$60 million. The program provided a price deficiency payment when the market fell below a reference level. That program ended at the end of August with the partial reopening of the U.S. border to Canadian beef.

As this issue developed over the summer, a key point was how the risks were communicated to the public and that the risks were kept in the appropriate context. That is born out by the growth in the consumption of beef over July and August, when we saw significant increases in what is known as “beef disappearance,” which is a measure of beef consumption.

**Ms. Bossé:** I will talk about the significant progress made since the summer. The implementation of the specified risk material removal policy has helped us to keep the confidence of Canadians and it has also facilitated the reopening of the border with the U.S. and Mexico. We have also seen a limited reopening of some of our international markets. That has not occurred before in other countries that had BSE on a short-term basis such as we had here. We have been able to maintain an effective slaughter program to keep the supply chain operational.

That being said, there is still much work to do. We have to enhance our animal feed restrictions and standards; we must strengthen the tracking and tracing system; we have to enhance surveillance; we have to make an effort to improve disease awareness; we have to rebuild a weakened industry; we have to reopen closed borders, including access to the U.S., for live

le rapport recommandait entre autres un examen de nos politiques de surveillance de l'ESB, des politiques concernant les aliments du bétail pour ce qui est de l'ESB, de la sensibilisation du public, des mécanismes de dépistage et de repérage, et cetera.

Le ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire a immédiatement rencontré les membres de la table ronde sur la chaîne de valeur de l'industrie du boeuf le 28 mai, à peine une semaine après la découverte du cas. À l'issue de ces discussions avec les membres de cette table ronde, un plan en cinq points a été proposé en réaction au cas. Ces cinq points comprenaient la surveillance, l'examen de la politique sur l'alimentation animale, la consolidation du système actuel de repérage et de dépistage dans l'industrie du boeuf, l'examen des plans de salubrité alimentaire à la ferme et d'une approche nationale en matière de système de salubrité alimentaire.

En juillet, les ministres de la Santé et de l'Agriculture ont annoncé une politique d'élimination de matériel à risque spécifié provenant d'un bétail âgé de plus de 30 mois lors de l'abattage — une mesure indispensable pour protéger la santé humaine dans ce cas.

Afin de donner suite aux répercussions économiques de la découverte d'un cas d'ESB, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont annoncé un programme de relance suite à l'ESB d'une valeur totale de 460 millions de dollars, auquel on a accordé par la suite un montant supplémentaire de 60 millions de dollars. Ce programme assurait un paiement compensatoire lorsque le prix du marché tombait en deçà d'un niveau de référence. Ce programme a pris fin à la fin août lors de la réouverture partielle de la frontière américaine au boeuf canadien.

Au fur et à mesure de l'évolution de cette situation au cours de l'été, un élément important a consisté à déterminer comment les risques étaient communiqués au public et de s'assurer que les risques étaient limités au contexte approprié. Cela est confirmé par la croissance de la consommation de boeuf en juillet et en août, lorsque nous avons constaté des hausses importantes de la «consommation apparente de boeuf».

**Mme Bossé:** Je vous parlerai des progrès importants réalisés depuis l'été. La mise en oeuvre de la politique d'élimination de matériel à risque spécifié nous a permis de conserver la confiance des Canadiens et a également facilité la réouverture de la frontière avec les États-Unis et le Mexique. Nous avons aussi constaté une réouverture restreinte de certains de nos marchés internationaux, ce qui ne s'était pas produit auparavant dans d'autres pays où l'alerte à l'EBS a été de courte durée, comme chez nous. Nous avons réussi à maintenir un programme d'abattage efficace pour soutenir la chaîne d'approvisionnement.

Cela dit, il reste encore beaucoup à faire. Nous devons améliorer nos restrictions et nos normes en matière d'alimentation animale; nous devons consolider le système de repérage et de dépistage; nous devons améliorer la surveillance; nous devons nous efforcer d'améliorer la sensibilisation aux maladies; nous devons remettre sur pied une industrie affaiblie;



animals, which is not done now; and we have to develop a test method and validation and expand our national testing capacity.

**Mr. Marsland:** In terms of the specific role of Agriculture and Agri-Food Canada in managing the parallel concerns of food safety and the economic consequences of the discovery of BSE, a key role of the ministry was the coordination of the Beef Industry Value Chain Roundtable. This was established prior to the discovery of BSE and, indeed, is one of a series of round tables covering all of the major commodity groups. The objective of the round table was to bring together key stakeholders from across the value chain, from primary producers to processors to exporters, et cetera, with key contacts in the provincial and federal governments.

The beef industry roundtable met on May 28 and has had three subsequent meetings. It immediately went to work on developing an industry-government action plan to deal with the consequences of this issue. Working groups were established on reopening markets, on specified risk materials, on farm food safety systems, on bolstering the existing tracking and tracing system and on feed policy. Those working groups have continued to meet and work throughout the summer.

**Dr. Dodds:** There are certainly some longer term public health and animal health public policy challenges that relate to the finding of BSE. As my colleagues have said, we need to continue to develop our policies on some issues. Feed and surveillance are just two of the more complex ones. We need to do this in a manner that is national that can meet domestic and international expectations to the extent possible and that supports industry.

Much to our advantage, there has been considerable scientific progress since the animal disease was first identified in the U.K. in about 1986, and the human disease a decade later. We have benefited from their science, but it remains an area in which a lot more research would be of benefit to us. Obviously, we would like to maintain public confidence, both in the government systems and in the beef industry, both within Canada and internationally.

In looking at these different policy issues, the team of experts said that it was very important to ensure that the measures were national in scope — not taken only at the federal level but taken at all levels within the country. This is important for us in terms of being adopted, implemented and enforced comparably in all of the different jurisdictions within Canada.

It also means that we need a shared commitment and action from both federal and provincial governments, from producers, consumers, industry and veterinary professionals.

nous devons rouvrir les frontières fermées, et rétablir l'accès aux États-Unis pour des bovins vivants, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle; et nous devons mettre au point une méthode d'essai et de validation et élargir notre capacité nationale en matière d'essais.

**M. Marsland:** En ce qui concerne le rôle particulier d'Agriculture et Agroalimentaire Canada pour ce qui est de gérer les préoccupations parallèles que représentent la salubrité des aliments et les répercussions économiques de la découverte de l'ESB, l'un des rôles clés du ministère a consisté à coordonner la table ronde sur la chaîne de valeur de l'industrie du boeuf. Cette table ronde avait été établie avant la découverte de l'ESB et il s'agit en fait d'une série de plusieurs tables rondes qui portent sur tous les principaux groupes de produits. L'objectif de cette table ronde était de réunir les principaux intervenants de toute la chaîne de valeur, depuis les producteurs primaires jusqu'aux transformateurs et aux exportateurs, avec les principales personnes-ressources des gouvernements provinciaux et fédéral.

La table ronde sur le secteur de l'élevage bovin s'est tenue le 28 mai et depuis il y a eu trois réunions. Ses membres se sont immédiatement attelés à la tâche de concevoir un plan d'action fondé sur la collaboration entre le secteur et le gouvernement afin de faire face aux conséquences de ce problème. Divers groupes de travail se sont penchés sur la réouverture des marchés, les substances à haut risque, les systèmes de salubrité des aliments à la ferme, l'amélioration du système de suivi et la politique sur les aliments du bétail. Ces groupes de travail ont poursuivi leurs travaux pendant tout l'été.

**Mme Dodds:** L'EBS aura certainement des conséquences à plus long terme sur les politiques de santé publique et d'hygiène vétérinaire. Comme l'ont précisé mes collègues, certaines questions devront faire l'objet de politiques plus poussées. Parmi les questions les plus complexes, citons l'alimentation et la surveillance. Nous devons procéder au niveau national tout en soutenant le secteur et, dans la mesure du possible, en respectant les attentes nationales et internationales.

Heureusement, il y a eu des progrès scientifiques notables depuis la découverte de la maladie chez l'animal en Grande-Bretagne en 1986 environ et chez l'humain une décennie plus tard. Nous avons pu profiter de ces progrès, mais il reste beaucoup de travail à faire. Évidemment, il est important de maintenir la confiance de la population pour ce qui est des systèmes gouvernementaux et du secteur de l'élevage de bovins, au Canada et à l'étranger.

Lors de son étude des politiques, l'équipe d'experts a indiqué qu'il était très important que les mesures adoptées aient une portée nationale — qu'elles ne se limitent pas au palier fédéral mais s'appliquent à tous les niveaux. C'est un élément clé pour assurer l'adoption, la mise en place et l'application uniformes dans toutes les régions du pays.

Cela signifie également que toutes les parties concernées, à savoir les gouvernements fédéral et provinciaux, les éleveurs, les consommateurs, le secteur et les experts en épizootie doivent s'engager et réagir.



We have learned some lessons from this issue over the last number of months. All parties learned that close collaborations and communications were absolutely critical in positioning the federal government to manage the BSE issue rather than be swallowed up by it. There were almost daily interactions — either face-to-face or by telephone — at a number of different levels, including the deputies, over the summer, as well as communication between the different stakeholders within the provinces and the industry.

Our external risk communication on BSE, which included the routine technical briefings to the media, was instrumental in creating what we would call a reasoned public consideration of BSE that was not fuelled by panic. Our colleague, Dr. Brian Evans, Canada's chief veterinary officer with the Canadian Food Inspection Agency is not with us today, but his was the face that day after day was there. Other countries and colleagues have commented that the reaction in Canada also sets a precedent, as does the trade reaction. No other country has had this ability to handle the consequences of a finding of BSE. Certainly, this helped to maintain the public confidence in the Canadian food safety system and in Canadian agriculture.

We also learned that early and transparent dialogue with the affected non-governmental partners greatly facilitated our examination of real and potential implementation challenges that we faced in this issue.

**The Deputy Chairman:** Mr. Marsland, I would like to ask you about the tracking and tracing system. Am I correct to assume that when cattle are born they are tagged or tattooed and, in that way, they can be traced literally from birth to the marketplace? If that is the case, then, how many years of cattle are in this tracking and tracing system?

**Mr. Gilles Lavoie, Senior Director General, Market and Industry Services Branch, Agriculture and Agri-Food Canada:** The current system allows us to trace cattle from birth to slaughter. They have a tag attached to the ear. There are still some weaknesses in the system that the industry has tried to correct. For example, it may happen that an animal will lose the tag, for some reason. We must ensure that it is replaced.

For some of the industry, the tracing from the slaughterhouse to retail is not complete. From an animal health perspective, however, tracing it to a slaughterhouse is enough. That is because there is then a veterinarian and a pre-mortem inspection, et cetera. In terms of animal health, it fulfils its role. It also fulfils its role in terms of tracing the information that was then made immediately available by the Canadian Cattle Identification Agency to the CFIA. It was used to trace the affected animal.

**The Deputy Chairman:** How long has this tracking and tracing system been in place?

**Mr. Lavoie:** It has been regulated and mandatory in the cattle industry since January 2001. At the moment, another system is being developed for other species in the system. Sheep and pork

Dans les derniers mois, nous avons pu tirer des leçons de cette situation. Tous les intervenants ont compris qu'une collaboration étroite et une communication efficace étaient absolument essentielles pour que le gouvernement fédéral puisse gérer la crise de la vache folle plutôt qu'en subir les effets. Les échanges — en personne ou au téléphone — étaient presque journaliers et se sont faits à différents niveaux: entre les sous-ministres cet été ainsi qu'entre les différents intervenants dans les provinces et au sein du secteur de l'élevage de bovins.

C'est grâce à nos communications externes sur les risques liés à l'EBS, notamment les points de presse réguliers, que nous avons pu éviter la panique et que la population a une meilleure compréhension de l'EBS. Notre collègue, M. Brian Evans, vétérinaire en chef canadien auprès de l'Agence canadienne d'inspection des aliments n'est pas là aujourd'hui mais il a été présent tout au long de cette crise. Certains collègues et représentants de pays étrangers ont même fait remarquer que la réaction canadienne établit un précédent, tout comme la réaction sur le plan commercial. Aucun autre pays n'a été en mesure de gérer aussi bien les conséquences de l'apparition de l'EBS. C'est notamment grâce à cette réaction que la population n'a pas perdu confiance dans notre système de salubrité des aliments et notre secteur agricole canadien.

Nous avons également compris qu'un dialogue transparent et précoce avec les partenaires non gouvernementaux facilitait grandement l'examen des problèmes réels ou potentiels de mise en oeuvre.

**La vice-présidente:** Monsieur Marsland, je voudrais que vous nous parliez du système de suivi. Dès leur naissance, les veaux sont tatoués ou identifiés par le biais d'une plaquette pour qu'on puisse les suivre du début à la fin, n'est-ce pas? Si c'est bien le cas, combien d'années ont été répertoriées dans ce système?

**M. Gilles Lavoie, directeur général principal, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés, Agriculture et Agroalimentaire Canada:** Le système actuel nous permet de suivre les bovins de la naissance à l'abattage. On leur met une petite étiquette à l'oreille. Le système a toujours quelques points faibles que le secteur a essayé de corriger. Par exemple, il arrive que les animaux perdent leur étiquette, qu'il faut alors absolument remplacer.

Le suivi entre l'abattage et la vente n'est pas toujours assuré. Par contre, du point de vue de l'hygiène vétérinaire, il suffit d'assurer le suivi jusqu'à l'abattage parce qu'il y a, à cette dernière étape, des inspections vétérinaires, des inspections avant la mise à mort, etc. Pour ce qui est de l'hygiène vétérinaire, c'est suffisant. Cela a également été suffisant pour retracer les informations qui ont été données sur-le-champ par l'Agence canadienne d'identification du bétail à l'ACIA. On a ainsi pu retracer l'animal malade.

**La vice-présidente:** Depuis combien de temps ce système de suivi existe-t-il?

**M. Lavoie:** C'est en janvier 2001 que le suivi est devenu obligatoire et surveillé dans le secteur de l'élevage de bovins. On est d'ailleurs actuellement en train de concevoir un autre système



are active. In fact, various livestock producers are meeting in Calgary today to try to harmonize the various systems so that they can communicate with one another. Thus, if there is a disease that can be spread to more than one species the information would be readily available.

**The Deputy Chairman:** As a matter of curiosity, did they ever figure out where that one cow came from? It was an older cow.

**Ms. Bossé:** We are almost sure of it that it came from depopulated herds. It remains to be confirmed exactly which herd. However, we are very confident that it was from the animals that were being depopulated.

**The Deputy Chairman:** Where did that farmer obtain this cow?

**Ms. Bossé:** It was born on his farm.

**Senator Morin:** My first question deals with the outbreak of enteric illnesses. A few years ago, there was an outbreak of salmonellosis in sandwich meat. If I understand it correctly, the health products branch within Health Canada deals with standards. However, if a real outbreak crosses provincial borders, the population and public health branch would take the lead.

I am sure you have read in the newspaper that the minister, the Canadian Medical Association, CMA, and the Naylor commission are strongly recommending an agency along the lines of the Centers for Disease Control, CDC, the health protection agency in the U.K. or the Australian system. Every country in Europe seems to be moving toward a type of agency that would integrate provincial resources, and so forth. This is a possibility. I am not saying that we are necessarily going this way, but we have to consider it.

If that were the case and there was a diseased food outbreak — such as hamburger disease — would the surveillance and response fall under this agency or would it remain outside the scope of the agency? For example, I hear in the U.S. that would fall under the responsibility of the FDA. Do you have any views on that?

I know this is a theoretical question. However, this is the only chance we have to talk about this issue and you are the Canadian experts. Could I have your views on that?

**Dr. Dodds:** It is not a theoretic question. It is a reality that happens, unfortunately, on a too regular basis in Canada, as it does in all developed countries, that there are food-borne outbreaks. The protocol that I mentioned earlier addresses that question. More often, an illness outbreak is first identified when people go to their family physicians or to the hospital emergency clinic presenting with symptoms. The doctor may report it into a system. Certainly, samples will go to a public health lab, typically at the provincial or local level. Some of my colleagues from the Population and Public Health Branch might have mentioned they have a web-based system that now starts collecting those kinds of reports, so that if they start seeing a number of cases of the same kind salmonella or E. coli, they will identify it as an outbreak rather than just background. They will report it to us on the food

pour les autres espèces, par exemple, les moutons et les cochons. Les éleveurs de bétail se rencontrent aujourd'hui à Calgary pour essayer d'harmoniser les différents systèmes afin d'assurer une bonne communication. Par conséquent, si différentes espèces risquent d'être atteintes de la même maladie, on leur saurait grâce à l'information contenue dans le système.

**La vice-présidente:** Par curiosité, sait-on d'où venait cette vache malade? Ce n'était pas une bête très jeune.

**Mme Bossé:** Il est fort probable que cette vache faisait partie de troupeaux dépeuplés. Par contre, on ne sait pas exactement de quel troupeau il s'agit. Mais il semble évident que la vache provenait d'un des troupeaux dépeuplés.

**La vice-présidente:** Où l'agriculteur a-t-il obtenu cette vache?

**Mme Bossé:** Elle est née dans sa ferme.

**Le sénateur Morin:** Je voudrais tout d'abord soulever la question des éclosions d'entéropathie. Il y a quelques années, on a connu une éclosion de salmonellose dans la charcuterie. Si j'ai bien compris, c'est la Direction générale des produits de santé de Santé Canada qui s'occupe des normes. Par contre, si une véritable éclosion traverse les frontières provinciales, c'est la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique qui prend le dossier en main.

Vous avez sans doute lu dans les journaux que la ministre, l'Association médicale canadienne ainsi que la Commission Naylor recommandent fortement qu'une agence comme les Centers for Disease Control, CDC, l'agence de protection de la santé en Grande-Bretagne ou comme celle qu'on retrouve en Australie soit mise en place. Tous les pays européens semblent vouloir adopter ce modèle d'agence qui intègre les ressources provinciales, et ainsi de suite. C'est une possibilité. Ce n'est pas la seule, mais elle mérite d'être prise en compte.

Si cela était mis en pratique et s'il y avait une éclosion d'origine alimentaire — telle la maladie — l'agence serait-elle responsable de la surveillance et de la prise en charge ou cela dépasserait-il son mandat? Par exemple, j'ai cru comprendre qu'aux États-Unis c'était du ressort de la FDA. Qu'en pensez-vous?

Je sais que c'est une question théorique. Par contre, c'est la seule occasion que j'ai pour la poser et vous êtes après tout les experts canadiens en la matière. Pourriez-vous me dire ce que vous en pensez?

**Mme Dodds:** Malheureusement, ce n'est pas une question purement théorique puisque les éclosions d'origine alimentaire sont une réalité à laquelle doivent faire face bien trop souvent le Canada et les autres pays développés. Le protocole que j'ai mentionné plus tôt traite de cette question. En règle générale, une éclosion est identifiée lorsque des gens vont voir leur médecin de famille ou se présentent aux urgences des hôpitaux parce qu'ils ont des symptômes. Le médecin peut alors signaler le cas dans un système. Ensuite, des échantillons seront envoyés au laboratoire de santé publique, en général provincial ou local. Certains de mes collègues de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique vous ont peut-être indiqué qu'il existe maintenant un système Web qui permet de regrouper les rapports de ce genre. Il est alors possible de détecter un nombre anormal de



side, either the food directorate or directly to the Canadian Food Inspection Agency, depending on whether it is on the national or local level, who will then start working with them to determine if a food is the source of the problem; the source could also be water or a different mode of transmission.

Most often, food-borne outbreaks report through a family physician and up through a system to my colleagues.

**Senator Morin:** Who does the detective work? Who does the epidemiology? Who sees these patients and asks where and what they have eaten and where they bought the food and so forth. Who does that?

**Dr. Dodds:** That would be the responsibility of my colleagues in the Population and Public Health Branch, working with their provincial colleagues. At times, the Canadian Food Inspection Agency will receive directly consumer complaints. They may then send an inspector to do the first round of questions, and they would contact the health side.

The other part that the food safety system does is sometimes you detect the problem in the food and then look to see whether there has been an increase in disease. That is how the link is made. That occurs less frequently than knowing the human disease and linking the problematic food.

**Senator Morin:** My second question deals with conflict of interest. I would like to address this to Mr. Marsland and his colleagues.

CFIA is under the responsibility of Agriculture Canada. There are public health issues and there are market issues, and the same agency deals with both. There are good examples of this. Concerning BSE, we spent more time talking about economic issues this morning than we did about public health issues. Economic issues are extremely important — there is no doubt about that and I am sympathetic to that — but it is the wrong committee. Agriculture is doing that. I am sympathetic to the issue, but I think we should address BSE from a public health perspective, not an economic perspective.

I have a number of questions dealing with this — for example, what are the provincial and federal responsibilities? If I understood correctly, most of the work is done in provincial labs right now. For example, this poor old cow was first diagnosed in a provincial lab and then went up the chain. The first testing is done in a provincial lab. Who is responsible for making sure that animal feed is not given to cattle right now? Who has the responsibility of doing this?

Who has the responsibility of ensuring that no one is — to adapt a rather famous phrase — “shooting, shovelling and shutting up”? How do we know this is not going on? It has been going on before this very famous pronouncement — which has been denied, by the way, in the newspaper this morning.

cas de salmonelle ou de colibacille et de détecter une éclosion. Les autorités alimentaires seront alors alertées, la Direction des aliments au niveau local ou directement l'Agence canadienne d'inspection des aliments au niveau national. Les deux parties collaboreront pour déterminer si la source du problème est effectivement d'origine alimentaire; il existe effectivement d'autres modes de transmission, notamment l'eau.

Le plus souvent, les épidémies de toxi-infection alimentaire sont signalées par le médecin de famille et remontent la filière jusqu'à mes collègues.

**Le sénateur Morin:** Qui fait le travail d'investigation? Qui se charge de l'épidémiologie? Qui voit ces malades et leur demande où ils ont mangé, où ils ont acheté les aliments, ainsi de suite. Qui s'en charge?

**Mme Dodds:** Cela relève de mes collègues de la direction générale de la santé de la population et de la santé publique en collaboration avec leurs collègues provinciaux. Il arrive que l'Agence canadienne d'inspection des aliments reçoive des plaintes directement des consommateurs. Elle peut alors envoyer un inspecteur, qui ira poser des questions préliminaires, et communiquera aussi avec les gens de la santé.

Un autre élément du système de salubrité des aliments décèle parfois un problème et cherche à voir s'il y a eu augmentation du nombre de maladies. C'est ainsi que le lien est fait. Cela arrive moins souvent que les cas où l'on rencontre une maladie humaine attribuable à un aliment insalubre.

**Le sénateur Morin:** Ma deuxième question porte sur les conflits d'intérêts. Ma question s'adresse à M. Marsland et à ses collègues.

L'ACIA relève d'Agriculture Canada. Les enjeux sont de deux ordres: santé et commerce; or, l'Agence s'occupe des deux. Les exemples ne manquent pas. En ce qui concerne l'ESB, on a passé plus de temps ce matin à discuter des questions économiques que des questions de santé publique. Je ne nie aucunement l'importance des enjeux économiques et j'y suis sensible mais ce n'est pas l'endroit pour en discuter. C'est le Comité de l'agriculture qui s'en charge. Je suis sensible au problème, mais il nous appartient d'envisager la question de l'ESB sous l'angle de la santé publique et non de l'économie.

J'ai un certain nombre de questions à cet égard. Par exemple, quelles sont les responsabilités des provinces et du gouvernement fédéral? Si je vous ai bien compris, le gros du travail se fait actuellement dans les laboratoires provinciaux. Par exemple, cette pauvre vieille vache a d'abord été diagnostiquée dans un laboratoire provincial puis a remonté la chaîne. Les premiers tests sont effectués dans un laboratoire provincial. Qui est sensé s'assurer que des aliments d'origine animale ne sont pas donnés au bétail au moment où l'on se parle? Qui est responsable de cela?

Qui a la responsabilité de veiller à ce que personne — pour reprendre une expression qui a fait florès — ne décide de «tuer, enterrer et se taire»? Comment savons-nous que cela ne se fait pas? Cela se faisait avant cette déclaration bien connue, qui a été niée, au fait, dans le journal ce matin.



This is a public health issue. If people now have sick cows with pneumonia, like this poor old cow, how do we know?

This leads me to my last question. Why did all the countries close their borders? Why are they still partially closed? Do they have a reason? If there is a scientific basis for this partial closing of the borders, we should know about it.

The only response we have had — and I agree with it — is that Canadian beef is safe. I believe it is, but at some point, we should distinguish between the economic and public health issues. At some point, we should have a clear statement of the public health risk.

Creutzfeldt-Jacob disease is a serious condition. You do not only die from it; you can remain sitting in a hospital for years — I would prefer dying anytime to having that happen. In this committee, and for Canadians, we should have a clear understanding — not just saying, we just had one case and everything is okay. All we talked about this morning was the economic aspects — the millions it cost, and the cattle and the ranches. I realize those are issues, but this is not the issue we are dealing with here today. We are dealing with public health; this is the health of Canadians.

We have the terrible example of the health minister in the U.K., at the start of the outbreak there, giving hamburger to his 7-year-old daughter, saying there was nothing wrong, when in fact there was. To me, putting out propaganda or a commercial type of campaign is not the answer. We should state clearly, why these borders are still closed.

Is it for public health? They do not close it for any other reason than for public health in their own country. That is the only official reason they have. Are they completely wrong? If so, we should prove that is what it is.

That whole issue worries me a bit. I am extremely sympathetic to the commercial aspect of it. I fully realize that for these farmers and ranchers, it represents a serious problem. In another room or another committee, I would be very vocal in support of them. However, this is not place to do it — this is public health.

**Ms. Bossé:** You mentioned something about the provincial lab finding the case. I will explain how the testing for BSE, or Bovine Spongiform Encephalopathy, is organized in Canada. It is done by a network of labs. We have two federal reference labs that ensure that all the testing is done with internationally validated tests and that they are performed with good quality assurance to ensure the quality of the results that get out.

In that BSE laboratory network, there are both provincial and federal labs. In 2001, before we had an extensive BSE network, we tested around 1,000 high-risk animals every year. In 2002, as a result of enhancing the capacity of the network, we tested more than 3,400 animals of high risk. We are targeting the animals most likely to show the disease. It is not just a provincial exercise; it is a

C'est une question de santé publique. Si des éleveurs ont aujourd'hui des vaches atteintes de pneumonie, comme cette pauvre vieille vache, comment le savons-nous?

Cela m'amène à ma dernière question. Pourquoi tous ces pays ont-ils fermé leurs frontières? Pourquoi sont-elles encore partiellement fermées? Ont-ils une justification? S'il y a une base scientifique à cette fermeture partielle des frontières, nous devrions la connaître.

La seule réponse que nous avons eue — et j'y crois — c'est que le boeuf canadien est sûr. J'en suis convaincu, mais à un moment donné il faudra distinguer entre les enjeux économiques et les enjeux de santé publique. Il faudra bien à un moment donné qu'il y ait une déclaration nette au sujet du risque pour la santé publique.

La maladie de Creutzfeldt-Jacob est une maladie grave. Non seulement on en meurt, on peut végéter à l'hôpital pendant des années. Moi, je préférerais de loin en mourir. Le comité et les Canadiens devraient savoir exactement ce qu'il en est. Il ne faut pas se contenter de dire il n'y a eu qu'un cas et tout va bien. Ce matin, on a parlé que de la dimension économique: les millions que cela a coûté, le bétail et les élevages. Je sais que ce sont de vrais problèmes, mais ce n'est pas celui dont on discute ici aujourd'hui. Il est question ici de santé publique, de la santé des Canadiens.

Il y a le terrible exemple du ministre de la Santé du Royaume-Uni, au moment où la maladie est apparue là-bas, qui a donné un hamburger à sa fille de sept ans en lui disant qu'il n'y avait aucun problème alors que c'était faux. Pour moi, faire de la propagande ou une campagne publicitaire, ce n'est pas la solution. Disons clairement pourquoi ces frontières sont toujours fermées.

Est-ce une mesure de santé publique? Ils ne les ferment pas pour d'autres raisons que pour protéger la santé publique dans leurs pays. C'est leur seule raison officielle. Sont-ils complètement dans l'erreur? Si c'est le cas, prouvons-le.

Tout cela m'inquiète un peu. Je suis très sensible à la dimension commerciale. Je comprends parfaitement que pour ces agriculteurs et ces éleveurs, c'est un grave problème. Dans une autre salle, dans un autre comité, je les défendrais à pleins poumons. Mais ce n'est ni l'heure ni l'endroit: il est question ici de santé publique.

**Mme Bossé:** Vous avez dit que c'est un laboratoire provincial qui avait décelé le cas. Je vais vous expliquer comment se font les tests de dépistage de l'ESB, l'encéphalopathie spongiforme bovine, au Canada. C'est un réseau de laboratoires qui s'en occupe. Nous avons deux laboratoires de référence qui s'assurent que tous les tests sont réalisés à l'aide de tests internationalement validés et qu'ils sont réalisés avec une bonne assurance de la qualité pour assurer la qualité des résultats qui sortent.

Dans ce réseau de laboratoires de l'ESB, il y a des laboratoires provinciaux et fédéraux. En 2001, avant la création d'un grand réseau ESB, nous avons testé à peu près 1 000 animaux à risque élevé par année. En 2002, depuis que nous avons augmenté la capacité du réseau, nous avons testé plus de 3 400 animaux à risque élevé. Nous ciblons les animaux qui risquent le plus de

collaboration between provincial and federal counterparts. Because of the multiple jurisdictions, these animals of a certain age do get in the federal system, but they also get in the provincial system. We are working through our channels of jurisdictions to access these animals with high risk.

In terms of the public health, it has always been our opinion that BSE is a high public health risk. Therefore, as a result of the announcement in 1996 that there was a link made to human disease, the CFIA has implemented a feed ban, which is a ruminant-to-ruminant feed ban. That feed ban has been enforced, and it has been complied with.

If you would like to have more detail on either surveillance or the feed ban, I could invite one of our scientists to talk about it.

**Senator Morin:** What about "shoot, shovel and shut up"?

**The Deputy Chairman:** How do you deal with that? I watched the news last night. As a consumer, that sends chills down my spine.

**Senator Morin:** It is a public health issue.

**The Deputy Chairman:** Yes. A good job has been done in containing and giving information, but then you wonder if maybe there are farmers who do that. There was one farmer who admitted he would have done that. How do you deal with that? The farmer admitted that he wished he had done that. That simply destroys public confidence.

**Dr. Sarah Kahn, Deputy Chief Veterinary Officer for Canada, Canadian Food Inspection Agency:** I am the deputy to the Chief Veterinary Officer and the Director of the Animal Health and Production Division of CFIA. Thank you for the opportunity to speak to the committee. You raise an important issue.

Canada has a system of control that is considered by world standards to be very good. We have a federal mandate for controlling animal diseases. There is a very clear line of responsibility and accountability and authority for the control of animal diseases in Canada. Many countries do not have such a clear or well-established system.

We have a system for reportable diseases, which includes all the important ones such as foot and mouth disease and BSE, whereby there is an obligation on any person who suspects a case of such disease to report it to the federal authority, through local arrangements, local district veterinarians.

We maintain a close working relationship with the veterinary profession to highlight for them the diseases that are important, the science of diseases and the reasons why they are important. We address professional meetings. We put articles in professional journals, and we have information on the Internet site. We provide training sessions, and we are active with the profession. One of the most important lines of defence is the veterinary herd

présenter la maladie. Ce n'est pas une opération exclusivement provinciale; c'est une collaboration entre des homologues provinciaux et fédéraux. En raison des multiples compétences, ces animaux d'un certain âge entrent dans le système fédéral, mais ils entrent aussi dans le système provincial. Nous passons par nos canaux de compétences pour avoir accès à ces animaux à risque élevé.

En termes de santé publique, nous avons toujours été d'avis que l'ESB est un risque élevé de santé publique. Pour cette raison, depuis qu'il a été annoncé en 1996 qu'il y a un lien avec la maladie humaine, l'ACIA a appliqué une interdiction des farines, c'est-à-dire une interdiction des farines de ruminants à ruminants. Cette interdiction a été appliquée et a été respectée.

Si vous voulez des détails supplémentaires sur la surveillance ou sur l'interdiction de ces farines, je pourrais inviter l'un de nos scientifiques à vous en parler.

**Le sénateur Morin:** Qu'en est-il de «tuer, enterrer et se taire»?

**La vice-présidente:** Que faites-vous avec cela? J'ai regardé les nouvelles hier soir. Comme consommateur, ça me donne des frissons dans le dos.

**Le sénateur Morin:** C'est une question de santé publique.

**La vice-présidente:** Oui. On a fait du bon travail d'endiguement et d'information, mais on se demande s'il y a des éleveurs qui font cela. Il y en a un qui a admis qu'il l'aurait fait. Que faites-vous contre ça? L'éleveur a admis qu'il aurait agi ainsi. Cela fait disparaître toute la confiance de la population.

**Dre Sarah Kahn, vétérinaire en chef adjointe du Canada, Agence canadienne d'inspection des aliments:** Je suis l'adjointe du vétérinaire en chef et directrice de la Division de la santé des animaux et de la production à l'ACIA. Je vous remercie de l'occasion que vous me donnez de prendre la parole devant le comité. Vous soulevez là une question importante.

Le Canada a un système de contrôle d'excellente qualité d'après les normes mondiales. Nous avons le mandat au fédéral de lutter contre les maladies animales. Il y a une chaîne très claire de responsabilités et de comptes à rendre et d'autorité pour la lutte contre les maladies animales au Canada. Beaucoup de pays n'ont pas de système aussi clair ou si bien établi.

Nous avons un système de maladies à déclaration obligatoire, qui s'applique à toutes les grandes maladies comme la fièvre aphteuse et l'ESB, en vertu duquel quiconque soupçonne l'existence d'un cas de cette maladie est obligé de le signaler à l'autorité fédérale en passant par le vétérinaire de district.

Nous collaborons étroitement avec la profession vétérinaire pour lui signaler les maladies qui sont importantes, la science des maladies et les raisons pour lesquelles elles sont importantes. Nous prenons la parole à l'occasion de rencontres professionnelles. Nous publions des articles dans les publications professionnelles et nous avons de l'information sur le site Internet. Nous donnons des séances de formation et



health adviser who attends the farm and has a professional relationship with the farmer and cares for the health of the herd.

We have the network of labs and the diagnostic facilities, as Ms. Bossé has mentioned. We also have an excellent system for awarding compensation to a farmer whose animal is ordered destroyed to control a disease. This could be for a disease such as bovine tuberculosis — which also has a human health implication — right through to BSE. They know that in reporting a disease, they will be paid fair compensation, the value of that animal, if it has gone to market as a healthy animal.

Communications also go directly to the industry through trade journals and farming weeklies. For example, in the months of April and May, before the detection of BSE, we had reissued a brochure about the importance of the feed ban. We get that out to farmers and farming families through their milk cheque and through other pieces of correspondence that we are sure they will open — as opposed to a circular from Canadian Tire, for example. We are very active in communicating with the industry and with the veterinary profession the importance of these diseases, how to recognize them and what their obligations are in reporting.

Having said that, we must recognize that there will always to be a tendency — perhaps for farmers who are not quite so good, not quite at the standard of excellence you would like to see — to want to hide or cover up disease. Certainly, for BSE, with these extraordinary consequences, I guess that temptation must be pretty high for some people.

As an agency, we have in our favour a line of authority and responsibility from the farm to the plate in terms of the inspection control, the regulatory programs at the farm and in the abattoir, in terms of labelling and even the responsibility for food recalls. We do as much as we can, through all of those avenues, to struggle against what you might call the tendency to shoot, shovel and shut up.

**Senator Morin:** Is there an obligation for a farmer to take every animal into account? Does the farmer have the liberty to shoot an animal and bury it and that is it? Let us say he has too many cows and wants to get rid of 50. Does he just kill them and bury them? Is there any obligation to keep account of the animals that he has in his herd? Is he at liberty to get rid of animals without any reporting?

**Dr. Kahn:** He is at liberty to dispose of animals subject to controls on environmental impact and so forth. However, if there is a case of disease suspected — and it is a disease that is reportable — then he has a legal obligation to report that suspicion of disease. The farmer does, the veterinarian does, and the laboratory that makes a diagnosis also does.

**Senator Morin:** A cow could disappear from a herd and no one would hear about it. There would be no inquiry or questions if a cow disappeared from the herd.

sommes actifs auprès de la profession. Une des lignes de défense les plus importantes est le conseiller vétérinaire à la santé du troupeau qui visite les élevages et établit des rapports professionnels avec l'éleveur et s'occupe de la santé du troupeau.

Nous avons le réseau des laboratoires et les installations de diagnostic, comme Mme Bossé l'a dit. Nous avons aussi un excellent système d'indemnisation de l'agriculteur propriétaire d'un animal dont nous avons ordonné la destruction pour lutter contre une maladie. Cela pourrait être pour une maladie comme la tuberculose bovine — qui présente également des risques pour la santé humaine — jusqu'à l'ESB. Ils savent que lorsqu'ils déclarent une maladie, ils toucheront une indemnisation juste, la valeur de l'animal, le prix d'un animal en santé sur le marché.

Les communications se font aussi directement avec l'industrie au moyen de revues professionnelles et d'hebdomadaires agricoles. Par exemple, en avril et mai, avant la détection de l'ESB, nous avons publié à nouveau une brochure qui insistait sur l'importance de l'interdiction frappant les aliments du bétail. Nous distribuerons cela aux agriculteurs et aux familles agricoles au moyen de leurs chèques pour le lait et d'autres envois postaux que nous sommes certains qu'ils vont ouvrir, par opposition à une circulaire de Canadian Tire, par exemple. Nous faisons un effort intensif de communication avec l'industrie et avec les vétérinaires pour marquer l'importance de ces maladies, leur montrer comment les reconnaître et leur rappeler leurs obligations en matière de déclaration.

Cela dit, il faut admettre qu'il y aura toujours une tendance — peut-être pour les agriculteurs qui ne sont pas très bons, ceux qui ne pratiquent pas les normes d'excellence que nous souhaitons, à vouloir masquer une maladie. Il est certain que vu les conséquences extraordinaires dans le cas de l'ESB, la tentation doit être forte pour certaines personnes.

Comme agence, nous avons pour nous une ligne d'autorité et de responsabilité qui va de la ferme à l'assiette sur le plan des inspections, des programmes de réglementation à la ferme et à l'abattoir et de l'étiquetage et même la responsabilité du retrait de produits sur le marché. Nous faisons le plus possible, par tous ces moyens, pour lutter contre ce que vous appelez la tendance à tuer, enterrer et se taire.

**Le sénateur Morin:** L'agriculteur est-il tenu de rendre des comptes pour chaque animal? A-t-il la liberté de tuer l'animal et de l'enterrer et c'est tout? Mettons qu'il a trop de vaches et veuille en éliminer 50. Est-ce qu'il peut tout simplement les tuer et les enterrer? Est-il obligé de tenir le compte des animaux qu'il a dans son troupeau? Peut-il se débarrasser d'animaux sans le déclarer?

**Dre Kahn:** Il peut éliminer les animaux sous réserve des contrôles sur l'impact environnemental, etc. Par contre, si l'on soupçonne un cas de maladie — une maladie à déclaration obligatoire — il est tenu en loi de signaler ces soupçons. C'est le cas pour l'agriculteur, le vétérinaire et le laboratoire qui établit le diagnostic.

**Le sénateur Morin:** Une vache pourrait très bien disparaître du troupeau sans que personne n'en sache rien. Il n'y aurait aucune enquête ni question si une vache disparaissait du troupeau.



**The Deputy Chairman:** As was pointed out, there is fair compensation. I was raised on a farm. Most farmers would opt for the compensation rather than digging a hole and burying the animal.

**Dr. Kahn:** The other thing that is relevant, when the country is thought to be a BSE-free country, some people out there might not even consider that BSE is possible. For example, is a cow with a broken leg possibly a case of BSE? In the countries that have BSE, it is considered to be a risk. That one is a risk animal for BSE. In Canada 12 months ago, a cow with a broken leg would not have been considered as a risk for BSE. People would say it had a broken leg. The need to raise awareness and to ensure that people take into account this possible diagnostic area is very important.

**Dr. Dodds:** Senator Morin raised the issue about public health and BSE. Both Health Canada and the Canadian Food Inspection Agency have recognized that the relationship between public health and animal health is a very interconnected relationship from the get-go.

Canada has been very fortunate, and it is building on the good work that was done first by Agriculture Canada and then by the Canadian Food Inspection Agency. From early days of the outbreak in the U.K., we have had a policy — and again it was basically more of an animal health policy — to not import animals or animal products from countries that had BSE.

We have also had the surveillance system for animal disease in place since 1992, and the surveillance system that was in place exceeded international standards for surveillance in a country where BSE has not been detected. The feed ban has been in place since 1997.

After the detection of the positive case, Health Canada looked at the controls we had in place and the potential risks to human health — not just from food but through other products as well. Under federally registered plans, every animal that goes to slaughter has an ante-mortem inspection. A vet looks at the state of health of the animal before it is slaughtered. That is true for most provincial systems as well. That was the situation in Alberta. With regard to that case, the vet who examined it said, “No, that animal is not fit for slaughter and entry into the food chain”. It was condemned and sent to the renderers. The animals are inspected by a vet.

We know from experience in scientific work that animals under three years of age are essentially free of the disease. The majority of animals that go to slaughter in Canada for beef production are less than three years of age. Again, we know from the scientific work that has been done that muscle meat is free of the infective tissue. Milk and dairy items are free of the infective material. We added the specified risk material ban as a precautionary measure because if there was the potential for an animal to get into the system without being detected, that one action eliminates more than 99 per cent of the potential infectivity of the animal. It is an effective way for blocking disease transmission from animal to humans.

**La vice-présidente:** Comme on l'a dit, on verse une indemnité équitable. J'ai été élevée à la ferme. La plupart des éleveurs choisiront d'être indemnisés plutôt que de creuser un trou et d'enterrer la bête.

**Dre Kahn:** L'autre facteur pertinent, c'est que lorsque le pays est considéré libre de l'ESB, des gens pourront même ne pas envisager cette éventualité. Par exemple, une vache à la patte brisée pourrait-elle avoir l'ESB? Dans les pays où la maladie existe, on considère que c'est un risque. Cet animal présente un risque d'ESB. Au Canada, il y a 12 mois, une vache à la patte brisée n'aurait pas été considérée comme un risque d'ESB. Les gens auraient dit qu'elle avait la patte brisée. Il est très important de conscientiser les gens pour s'assurer que c'est un diagnostic possible ici.

**Mme Dodds:** Le sénateur Morin a soulevé la question de la santé publique et de l'ESB. Tant Santé Canada que l'Agence canadienne d'inspection des aliments ont reconnu que le lien entre la santé publique et la santé animale est un lien très étroit dès le début.

Le Canada a eu beaucoup de chance et fait fond sur l'excellent travail effectué d'abord par Agriculture Canada puis par l'ACIA. Dès les premiers jours de l'épidémie au Royaume-Uni, nous nous sommes dotés d'une politique — d'abord et avant tout de santé animale, c'est vrai — pour ne pas importer de bêtes ou de produits animal de pays où sévissait l'ESB.

Nous avons aussi en place depuis 1992 un système de surveillance pour les maladies animales qui surpassaient les normes internationales pour les pays où l'ESB n'avait pas été détectée. L'interdiction frappant les aliments du bétail est en place depuis 1997.

Après la détection du cas, Santé Canada a examiné les contrôles qui étaient en place et les risques possibles pour la santé humaine — non seulement à partir des aliments mais aussi à partir d'autres produits. En vertu de plans fédéraux, chaque bête menée à l'abattoir doit subir une inspection avant l'abattage. C'est un vétérinaire qui examine son état de santé. Il en va de même pour la plupart des systèmes provinciaux. Il en est ainsi en Alberta. En ce qui concerne ce cas précis, le vétérinaire qui l'a examiné a déclaré que l'animal n'était pas propre à l'abattage et à l'entrée dans la chaîne alimentaire. L'animal a été condamné et envoyé à l'équarrissage. Les bêtes sont inspectées par un vétérinaire.

Nous savons d'expérience dans le domaine scientifique que les bêtes de moins de trois ans sont essentiellement exemptes de la maladie. La majorité des bêtes qui vont à l'abattage au Canada pour la production de boeuf sont âgées de moins de trois ans. Encore une fois, les travaux scientifiques nous apprennent que la viande musculaire ne comporte pas de tissus infectieux. Le lait et les produits laitiers sont exempts de matériel infectieux. Nous avons ajouté l'interdiction de matériel à risque spécifié comme mesure de précaution car c'est là que se trouvait le risque pour un animal d'entrer dans le système sans être détecté. Cette mesure à elle seule élimine plus de 99 p. 100 du risque d'infectivité de l'animal. C'est une façon efficace de stopper la transmission de la maladie de l'animal à l'humain.



Internationally, we are one of the few countries that implemented those controls before identifying a case of BSE within Canada. Looking at the international level, our minister, the Secretary of Agriculture in the United States and the Mexican minister for agriculture have asked the international standards-setting organization for animal health to review its standards and to look at the situation in Canada, where the information is that the prevalence is low. Controls have been in place in some cases for more than a decade. There must be changes to standards where previously, more or less, a country had the disease in significant numbers or it was free of the disease. That meeting will happen next week. Dr. Brian Evans will be participating in that meeting.

**Senator Cook:** We are talking about the movement of food. When I go grocery shopping, my oranges are probably from Africa; my grapes are from Chile; my kiwis are from down under; and it never occurred to me that they are not fit to eat.

I do want to move from meat to fish. There is a burgeoning industry on both our coasts — and, indeed, inland — called the aquaculture industry. Every now and then, we hear of a disease and the whole school, or whatever, is destroyed.

What kinds of processes are in place to ensure that that food — which is increasingly becoming part of Canadians' diets — is under surveillance? Right now, we have cod and trout in an aquaculture system, and in Newfoundland, cod. We are now growing fish that always swam in oceans, in pens. In Nova Scotia, halibut is being grown. Where does responsibility lie there and what kind of containment for good food processing is in place?

**Dr. Dodds:** In respect of the issue of veterinary drugs, Health Canada has the responsibility for approving and registering veterinary drugs, which would include any drugs used for fish and aquaculture. Looking at the safety of veterinary drugs, they are concerned about the use of those in animals, including fish, and in the human food chain afterwards. The safety for humans is built into a review of veterinary drugs. A colleague of mine in Health Canada has responsibility for that. My colleague from Canadian Food Inspection Agency can talk to the issue of surveillance.

**Dr. Kahn:** This is an area where there is a bit of shared jurisdiction, because the Department of Fisheries and Oceans is certainly one of the major players in terms of the disease status or the health status of fish populations. There are some discussions underway between CFIA and Fisheries and Oceans as to how best manage the particular challenges presented by aquaculture practice.

Certainly, the inspection of fish and seafood products comes under CFIA jurisdiction. A particular focus here is the public health protection. Fortunately, many of the diseases that are specific to aquatic species are not zoonotic diseases in the sense that they affect human beings. Some of the greatest areas of

Dans le monde, nous sommes l'un des rares pays à avoir mis en oeuvre des contrôles avant d'avoir repéré un cas d'ESB au Canada. Sur le plan international, notre ministre, le secrétaire à l'Agriculture des États-Unis et le ministre mexicain de l'Agriculture ont demandé à l'organisation internationale qui se charge d'établir les normes de santé animale d'examiner ses normes ainsi que la situation ici où, d'après les renseignements, la prévalence est faible. Des contrôles sont en place dans certains cas depuis plus d'une décennie. Il faut apporter des changements aux normes où, auparavant, un pays avait la maladie en nombre important ou en était exempt, à peu de choses près. Cette réunion va se tenir la semaine prochaine. Le Dr Brian Evans va y participer.

**Le sénateur Cook:** On parle du mouvement des aliments. Quand je vais faire l'épicerie, mes oranges viennent sans doute d'Afrique; mes raisins du Chili, mes kiwis de l'Australie et il ne me vient jamais à l'esprit qu'ils sont impropres à la consommation.

J'aimerais passer de la viande au poisson. Il y a une nouvelle industrie sur les deux côtes, et même dans l'intérieur, que l'on appelle l'aquaculture. De temps à autre, on apprend qu'il y a une maladie et que tout l'élevage est détruit.

Quels mécanismes sont en place pour s'assurer que les aliments — qui font de plus en plus partie du régime alimentaire des Canadiens — sont sous surveillance? Actuellement, il y a de la morue et de la truite dans les élevages et, à Terre-Neuve, de la morue. Nous élevons aujourd'hui dans des enclos des poissons qui ont toujours vécu en mer. En Nouvelle-Écosse, on fait l'élevage du flétan. Où se trouve la responsabilité ici et quelles seront les méthodes de confinement pour assurer la qualité de la transformation des aliments?

**Mme Dodds:** C'est Santé Canada qui a la responsabilité d'agréer et d'homologuer les médicaments à usage vétérinaire, y compris tous les médicaments destinés au poisson et à l'aquaculture. Il s'assure que ces médicaments n'ont pas d'incidences nocives ni sur les animaux, y compris les poissons, ni sur, par la suite, la chaîne alimentaire pour les humains. L'innocuité pour les humains est un des éléments de l'examen des médicaments à usage vétérinaire. C'est un de mes collègues de Santé Canada qui en a la responsabilité. Mon collègue de l'Agence canadienne d'inspection des aliments peut vous dire quelques mots sur les contrôles.

**Dre Khan:** C'est un domaine dans lequel il y a un partage d'une partie des compétences puisqu'il est certain qu'un des principaux responsables du contrôle de la santé des populations halieutiques est le ministère des Pêches et des Océans. Nous discutons avec Pêches et Océans des meilleurs moyens de gérer certains défis propres à l'aquaculture.

Il reste que l'inspection du poisson et des fruits de la mer relève de la compétence de l'ACIA. Une intention particulière est donnée à la protection de la santé publique. Heureusement, nombre des maladies qui sont spécifiques aux espèces aquatiques ne sont pas zoonotiques, elles n'affectent pas les humains. Les

concern relate to shellfish because they are filtering substances from the water. You can have residues of public health concern, whether it is microbiological or of metals or toxic substances.

There is surveillance undertaken as to what you might call the quality and the safety of fish and seafood products that are produced for human consumption. That is done by CFIA.

**Senator Cook:** This is purely anecdotal, but I have seen smolt getting their needles, getting inoculated, running through the chute in an aquaculture facility. I am told the food has a level of medication in it. I hear that when we eat the fish, we are consuming a certain amount of it. Maybe that is why our medications are not as good as they used to be. This is purely anecdotal, but nevertheless of concern from a public health perspective.

**Ms. Bossé:** CFIA has a monitoring program for residues in the fish. It is also monitoring the shellfish industry for toxins. Zones are open based on the fact that they are safe and that the toxin levels are low. This is being monitored on a continuous level.

The water from which the shellfish are being harvested is monitored for the quality and the number of microbes that may be in it. There is a tight monitoring of the food coming from aquaculture as well as from the wild shellfish harvest.

**Senator Cook:** An aquaculture site will have a pen with probably 15,000 salmon. At maturity, they do not have a lot of room to move. There are probably a multiple number of nets. What I hear at the Fisheries Committee concerns me. Do you have any jurisdiction or is there any collaboration with Fisheries, public health or agri-foods? Do you talk to each other? Do you monitor the fish from its first injection until it comes to my plate?

**Dr. Dodds:** We do. Indeed, Health Canada hosted in March a national workshop to look at coordination of surveillance for chemical contaminants in food, which would include the residues from veterinary drugs, pesticides and that kind of thing. Health Canada sets the maximum residue levels against which the CFIA inspects. We recognize that the Canadian Food Inspection Agency will do some of the surveillance and monitoring. Fisheries and Oceans, and provincial departments of environment, do some surveillance and monitoring. Provincial ministries of agriculture may do some.

Last March, we hosted a workshop to talk about developing more of a nationally coordinated system rather than the separate bits that exist now. Again, there has always been good collaboration on these issues; therefore, there has been good information flow. We are looking to improve and formalize it.

espèces qui posent le plus de problèmes sont les mollusques parce qu'ils filtrent les substances qui se trouvent dans l'eau. Ils peuvent absorber des résidus dangereux pour la santé publique, qu'il s'agit de résidus microbiologiques, de métaux ou de substances toxiques.

Une surveillance est exercée au niveau de la qualité et de l'innocuité des poissons et des fruits de mer destinés à la consommation humaine. C'est l'ACIA qui s'en charge.

**Le sénateur Cook:** C'est purement anecdotique, mais j'ai vu des saumoneaux se faire piquer, se faire inoculer dans la chute artificielle d'un bassin aquicole. D'après ce qu'on m'a dit, ils sont tous sous médication. Quand nous mangeons ces poissons, nous consommons les résidus de ces médicaments. C'est peut-être la raison pour laquelle nos propres médicaments n'ont plus autant d'effet qu'auparavant. C'est purement anecdotique, mais ça pose quand même un problème en terme de santé publique.

**Mme Bossé:** Nous avons un programme de surveillance de la présence de ces résidus dans les poissons. Nous avons aussi un programme de supervision de l'industrie du mollusque pour les toxines. Les zones d'élevage sont ouvertes en fonction de leur innocuité, de leur faible teneur en toxines. La surveillance est permanente.

L'eau de ces zones d'élevage est aussi surveillée pour ce qui est de sa qualité et de la présence de microbes. Les produits de l'aquaculture sont surveillés de très près, tout comme les mollusques élevés à l'état sauvage.

**Le sénateur Cook:** Un bassin aquicole peut contenir jusqu'à 15 000 saumons. Arrivés à maturité, ils n'ont pas beaucoup de place pour bouger. Il doit y avoir toute une série de filets. Ce que j'entends dire au Comité des pêches m'inquiète. Êtes-vous l'instance compétente ou y a-t-il collaboration avec les ministères des Pêches, de la Santé ou de l'Agroalimentaire? Est-ce que vous communiquez? Est-ce que vous suivez les poissons depuis leur première piqure jusqu'à mon assiette?

**Mme Dodds:** Oui. D'ailleurs, Santé Canada a organisé en mars un atelier national pour étudier la coordination de la surveillance des contaminants chimiques dans les aliments, y compris les résidus de médicaments à usage vétérinaire, de produits antiparasitaires, ce genre de choses. C'est Santé Canada qui fixe les niveaux de résidus maximums sur lesquels se font les inspections de l'ACIA. Il est évident qu'une partie de cette surveillance et de ce contrôle est assuré par l'Agence canadienne d'inspection des aliments, par Pêches et Océans, par les ministères provinciaux de l'Environnement et par certains ministères provinciaux de l'Agriculture.

En mars, nous avons donc organisé un atelier pour voir comment nous pourrions mettre en place un système coordonné à l'échelle nationale pour remplacer le système un peu trop éclaté actuel. Encore une fois, la collaboration sur ces questions a toujours été bonne. En conséquence, le flot des informations est bon. Nous voulons simplement l'améliorer et le rendre plus formel.



**Senator Cook:** Are you confident or comfortable with an appropriate protocol at the moment across the jurisdiction for this industry?

**Dr. Dodds:** The aquaculture industry does have an industry association. We have had them in some stakeholder meetings. They are concerned about ensuring that their product is a safe quality product, just as farmers with land-based agriculture are.

**Senator Roche:** I am not sure to which witness to direct this question. I thank them all for their illuminating testimony.

I was taken by Dr. Dodd's phrase that we have to manage the BSE issue rather than being swallowed up in it. I think perhaps that is what has happened. The longer it goes on, the higher the frustration level — not only among politicians but also, as we saw here yesterday, among the beef ranchers and farmers. There is a deep level of frustration in trying to respond to the responsibilities to protect health and also to carry on business.

This brings me to our longer-term interests. We are here today, Madam Chair, to examine the infrastructure and governance of the public health system and Canada's ability to respond to emergencies — in other words, the system that is in place today to protect health.

We talked about BSE. It seems to me that the system worked; it caught this cow. The cow never entered the food chain. There was never a risk to health, as far as I can understand. Yet, we have been caught up in this seemingly never-ending flow of results and repercussions that suggest factors other than those related to health protection. There are political factors and trade factors, a full discussion of which would take us beyond the purview of this committee. We have to address ourselves to the questions before us in our study on the infrastructure and our ability to respond to emergencies.

Is there a way of getting a clear answer to this question: Is the system all right the way it is or do we have to change the system? Is there a short answer to that question that would help me to understand whether the beef ranchers and farmers are being taken unfair advantage of and that they are caught up in something that they cannot control? They have adhered to the system. How will the long-range effect play out on their livelihoods and on the Canadian economy?

**Dr. Dodds:** I will describe some public health challenges within the system in Canada and then I will look to a colleague to discuss some of the Office International des Epizooties, OIE, standards and their next evolution.

We would say that the system did work in Canada, but living this example illustrated some improvements that can be made to the system. There is responsibility at the federal level, at the provincial level, and at the municipal level. It is not true that the same level of oversight happens within every jurisdiction within Canada. From a public health perspective, we would like to

**Le sénateur Cook:** L'entente de compétence pour le contrôle de cette industrie vous satisfait-elle?

**Mme Dodds:** Les industriels de l'aquaculture sont regroupés au sein d'une association. Nous les avons fait participer à certaines de nos réunions. Ils veulent que leurs produits soient sûrs, tout comme les agriculteurs.

**Le sénateur Roche:** Je ne sais exactement à quel témoin poser ma question. Je les remercie tous de leur témoignage fort instructif.

Madame Dodds, j'ai été frappé par votre propos. Vous avez dit qu'il fallait gérer l'ESB et non pas en subir les effets. C'est peut-être à mon avis ce qui est arrivé. Plus cela s'éternise, plus le niveau de frustration augmente — non seulement chez les politiciens mais également, comme nous l'avons vu ici hier, chez les éleveurs et les agriculteurs. Protéger la santé sans entraver le commerce devient de plus en plus difficile.

Cela m'amène à nos intérêts à long terme. Madame la présidente, nous sommes réunis pour examiner l'infrastructure et la gouvernance du système de santé public ainsi que la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires — en d'autres termes, le système actuel de protection de la santé.

Nous avons parlé de l'ESB. Il me semble que le système a fonctionné; il a détecté la présence de cette bête malade. Cette vache n'est pas entrée dans la chaîne alimentaire. Il n'y a jamais eu de risques pour la santé, d'après ce que je crois comprendre. Pourtant, nous semblons nous retrouver aux prises avec des conséquences et des répercussions infinies qui tendent à suggérer la présence de facteurs autres que ceux liés à la protection de la santé. Il y a des facteurs politiques et des facteurs commerciaux dont l'examen nous amènerait bien au-delà du mandat de notre comité. Il faut nous limiter aux questions relatives à cette étude de l'infrastructure et de notre capacité de réagir aux urgences sanitaires.

Est-il possible de répondre clairement à la question suivante: le système actuellement en place est-il suffisant ou faut-il le changer? Existe-t-il une réponse claire à cette question qui me permettrait de comprendre si oui ou non les éleveurs et les agriculteurs sont injustement instrumentalisés et pris dans une situation qui échappe à leur contrôle? Ils respectent le système. Quelles seront les conséquences à long terme sur leur existence et sur l'économie canadienne?

**Mme Dodds:** Permettez-moi de vous décrire certains des défis de santé publique du système canadien, puis je demanderai à un de mes collègues de vous parler de l'évolution de certaines des normes de l'Office international des épizooties.

Le système au Canada a fonctionné, mais avoir vécu cet événement montre qu'on peut lui apporter des améliorations. Il y a des responsabilités au niveau fédéral, au niveau provincial et au niveau municipal. Le degré de contrôle n'est malheureusement pas le même à tous les paliers. Du point de vue de la santé publique, nous aimerions une amélioration afin que tous les

improve that so that each Canadian has the same level of protection whether the animal in question went through a federal or provincial plant or a different kind of plant.

We have our federal/provincial/territorial committees that work to improve harmonization and to improve our communication, but we also look to further strengthening that. That presents a challenge. Newfoundland does not have a significant, if any, beef industry. What is the level of government investment there comparable to that in Ontario and Alberta, which have significant investments in the industry? Exposure is part of the risk to Canadians. We are more concerned about federal plants because federal plants produce most of the meat that we consume.

There are some public health challenges. There are some improvements that can be made in a system but I think it is one of the best systems in place internationally at the moment.

**Ms. Bossé:** Currently in Canada, approximately 95 per cent of slaughterhouses are federally inspected. That means, by those standards, that all the animals through the system are seen before they are slaughtered. The federal government is actually working to develop, with the stakeholder provinces, a national meat and poultry regulation code. They are working actively to have the provinces adhere to the code. That is work ongoing to ensure that there is a national standard. It has been compared, and is similar, to the federal standard. I would say we are making some progress and there is obviously always progress to be made.

**Senator Roche:** It seems clear that an integration of the federal and provincial systems of inspection is called for. I suppose that might be put under the category of improvements to which Dr. Dodds referred.

Do we need a structural change and not just a better integration of federal and provincial testing systems? For example, do we need, as the Japanese have argued, testing on every animal? Is it feasible to test every animal and, if so, would that end forever the challenge that we are not tough enough on BSE? Is universal comprehensive testing a viable option here?

**Ms. Bossé:** We know a great deal about BSE when it is actually happening. Animals are normally slaughtered for meat consumption long before they reach the age of 20 months. Therefore, testing all animals would mean increasing costs without bringing any more science to your surveillance. You are just building an extra measure that is not supported by the current science at all.

**The Deputy Chairman:** Are you saying that, before 24 months, the disease would not show up in a test even if the animal had it?

**Ms. Bossé:** The animals would not have it.

**Senator Morin:** Do we test every animal right now that is aged over three years?

Canadiens bénéficient du même degré de protection, que l'animal soit passé par un abattoir fédéral, provincial ou autre.

Nos comités fédéraux-provinciaux et territoriaux essaient d'améliorer l'harmonisation et la communication, mais nous voulons encore aller plus loin. Cela pose un problème. Terre-Neuve n'a pas vraiment d'industrie du boeuf. Quel devrait être le degré d'investissement du gouvernement dans cette province par comparaison avec l'Ontario et l'Alberta où cette industrie est une composante économique très importante? Il y a les risques de contamination pour les Canadiens. Nous nous intéressons en priorité aux abattoirs fédéraux parce que c'est de ceux-ci que sort la majorité de la viande que nous consommons.

Il y a quelques problèmes de santé publique. Nous pouvons apporter des améliorations au système mais à mon avis c'est un des meilleurs système du monde actuellement.

**Mme Bossé:** Actuellement, au Canada, environ 95 p. 100 des abattoirs sont inspectés par le fédéral. Cela signifie que tous les animaux qui passent dans le système sont vus avant d'être abattus. Le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces concernées, élabore un code de réglementation national pour la viande et la volaille. Il s'efforce de faire adhérer les provinces à ce code. L'objectif c'est une norme nationale. Une norme comparable et analogue à la norme fédérale. Nous avançons mais il reste encore du chemin à faire.

**Le sénateur Roche:** Il semble évident qu'une intégration des systèmes d'inspection fédéral et provinciaux s'impose. Je suppose que cela entre dans la catégorie des améliorations dont parle Mme Dodds.

Faut-il un changement structurel ou une meilleure intégration des systèmes d'inspection fédéral et provinciaux suffit-elle? Par exemple, devrions-nous, comme les Japonais le réclament, inspecter chaque animal? Est-il possible d'inspecter chaque animal et, dans l'affirmative, cela mettrait-il un terme aux accusations de laxisme en termes d'ESB? L'inspection généralisée est-elle une option viable?

**Mme Bossé:** Nous savons beaucoup de choses sur l'ESB une fois la maladie déclarée. Normalement, les animaux destinés à la consommation sont abattus longtemps avant qu'ils n'atteignent 20 mois. Par conséquent, inspecter tous les animaux ferait augmenter les coûts sans que notre surveillance soit plus scientifique. Ce serait ajouter une mesure supplémentaire que les connaissances scientifiques actuelles ne justifient pas.

**La vice-présidente:** Voulez-vous dire qu'avant 24 mois la maladie ne peut être détectée par une inspection même si l'animal l'a eue?

**Mme Bossé:** Ils ne peuvent pas avoir cette maladie.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que nous inspectons aujourd'hui tous les animaux qui ont plus de trois ans?



**Ms. Bossé:** This is not the current surveillance program, but there are healthy animals above 30 months of age that are tested in a surveillance programs. We have to look at enhancement to the surveillance program. A task force is looking at options for enhancing surveillance but still basing it on sound science.

**Senator Roche:** I would like to pursue this. As a non-expert myself, I am trying to determine whether there is a simple answer to the request to test every animal. You are indicating that you would not support that.

If I understand correctly, the Japanese authorities said that we should test every animal in order to get access back into the Japanese market. Is that, in your view, a sincere or completely objective evaluation of the subject? In other words, if we tested, would we get back into Japan? Is it not possible that the Japanese closure of their market to Canadian beef was in retaliation for our closure from their market when they had a problem? Thus, we are into trade not to mention political issues?

I am asking these questions in the framework of the overall structure we have. Does this infrastructure that we have need to be changed or does it need to be, as Dr. Dodds said earlier, managed better?

**Dr. Kahn:** I have been involved in the discussions with Japan and with Europe. The countries that test all animals for BSE have done so to address a total crisis of public confidence in the safety of the food supply and in the competence of governments to manage the issue of BSE. For example, in Japan, they have done a lot of testing. They have not found a case in an animal younger than 65 months of age. They have tested everything — including calves — for no good reason other than that there was a crisis in public confidence.

Here, in Canada, through our good systems, we have not had that crisis. We should pursue what we are asking our trading partners to pursue, namely, science-based policies that address the risks from a proper scientific perspective to give us the best protection of public health.

As Dr. Bossé mentions, the groups of animals that present the highest risk are well defined. A very standard approach in population surveillance in both public and animal health is to look to the population where your testing will give the best bang for the buck. You have the best capacity to predict a problem if you look at the defined risk groups. That is the approach that the government and other agencies would take — namely, to base our enhanced surveillance on the science and on the best experience from we can gain from what other countries have done. It would not push us into the direction of testing all healthy cattle.

**Senator Roche:** Enhanced surveillance stops short of universal testing, is that correct?

**Mme Bossé:** Il n'y a pas de tels programmes de surveillance actuellement, mais il y a des animaux en bonne santé de plus de 30 mois qui sont inspectés dans le cadre de programmes de surveillance. Il faut envisager le renforcement du programme de surveillance. Un groupe d'étude réfléchit à des options de surveillance renforcée mais toujours sur la base de données scientifiques solides.

**Le sénateur Roche:** J'aimerais pousser un peu plus cette discussion. N'étant pas du tout spécialiste, j'essaie de déterminer s'il y a une réponse simple à la demande d'inspection de chaque animal. Vous me dites que vous n'y seriez pas favorable.

Si j'ai bien compris, les autorités japonaises ne rouvriront leur marché que si tous les animaux sont inspectés. À votre avis, leur position est-elle sincère ou totalement objective? En d'autres termes, si tous nos animaux étaient inspectés, aurions-nous de nouveau accès au marché japonais? N'est-il pas possible que la fermeture par les Japonais de leur marché à la viande de boeuf ait été en représailles de la fermeture de notre propre marché à certains de leurs produits quand ils ont eu des problèmes? Et à ce moment-là, c'est une question commerciale pour ne pas dire politique?

Je vous pose ces questions dans le contexte de notre infrastructure actuelle. Cette infrastructure a-t-elle besoin d'être changée ou a-t-elle besoin d'être, comme Mme Dodds l'a dit tout à l'heure, mieux gérée?

**Dre Kahn:** J'ai participé aux discussions avec le Japon et avec l'Europe. Les pays qui inspectent tous les animaux pour l'ESB l'ont fait pour répondre à une perte totale de la confiance du public dans la sécurité de l'approvisionnement alimentaire et dans la compétence du gouvernement à gérer le problème de l'ESB. Par exemple, au Japon, ils ont fait toute une série d'inspections. Ils n'ont pas trouvé un seul cas chez les animaux de moins de 65 mois. Ils ont tout inspecté — y compris les veaux — pour la seule raison qu'ils avaient perdu la confiance du public.

Au Canada, grâce à nos bons systèmes, nous n'avons pas vécu une telle perte de confiance. Nous devrions continuer à demander à nos partenaires commerciaux ce que nous leur demandons depuis toujours, à savoir mettre en place des politiques qui reposant sur nos meilleures connaissances scientifiques offrent la meilleure protection pour la santé publique.

Comme Mme Bossé l'a dit, les groupes d'animaux qui présentent le risque le plus élevé sont très bien définis. Une approche standard de la surveillance de la population tant pour la santé publique que pour la santé des animaux est d'inspecter ce segment de la population qui est le plus susceptible de justifier la dépense. Le meilleur moyen de prévenir les problèmes c'est d'inspecter les groupes définis comme étant à risque. C'est l'approche du gouvernement et des autres administrations — nous fondons notre surveillance renforcée sur les connaissances scientifiques et sur les expériences des autres pays. Il n'est pas question d'inspecter tous les animaux.

**Le sénateur Roche:** La surveillance renforcée ce n'est pas l'inspection généralisée, n'est-ce pas?

**Dr. Kahn:** That is right. In other countries, a lot of the testing they do is worthless. Animals under two years of age have not had time to develop the disease.

**The Deputy Chairman:** If they have not had time to develop it, then the public consuming it would not be in any danger.

**Senator Morin:** Would that open up our borders if we did that?

**Mr. Marsland:** This past summer's response by the 34 countries who placed restrictions on Canadian beef and cattle does not reflect 15 years of understanding of scientific research on the disease. It is an on/off switch: One case of BSE and the border is closed. It does not reflect the international standards developed by the international organization that provides for the trade in products with countries that have exhibited cases of BSE and have a gradual classification of free, provisionally free, low and moderate risk and saturate categories.

We are beginning to see a change in that response in two respects. First, the United States and Mexico have partially reopened their borders to Canadian beef, recognizing that the science says that there is no or negligible risk associated with certain categories of product and beef cuts from cattle of certain ages and younger cattle, which is further mitigated by policies such as the removal of specified risk materials. That is the first change. It is really quite significant. It is an important first step that, for the first time, a country has opened up its borders to one that has exhibited a case of BSE.

Second, Minister Vancief, together with Secretary Veneman from the U.S. and Secretary Usabiaga from Mexico have asked the OIE to develop a pragmatic approach based on the up-to-date science for international guidelines in response to cases of BSE. Those meetings will begin next week. There is a movement in the world to recognize that the science has given us a much better understanding of the risks associated with both the disease and the trade of animals and beef.

**Senator Roche:** Would you agree that there is no reason why Canada should impose standards with respect to BSE that are beyond the international standards? If we live up to the international standards ought that not to be sufficient scientific enhancement of surveillance methods?

**Ms. Bossé:** These are options that we are actually putting together for consideration by our minister. They are all being derived. There are combinations of various programs that are to be looked at and surveillance is one of them. Enhancing the feed ban is another one.

**Senator Roche:** When is this going forward?

**Ms. Bossé:** The work is underway now. I cannot tell you the exact date because the working group is working on this.

**Dre Kahn:** Exactement. Dans d'autres pays, une grande partie de leurs inspections ne valent rien. Les animaux de moins de deux ans ne peuvent pas avoir développé la maladie.

**La vice-présidente:** S'ils n'ont pas eu le temps de la développer, les consommateurs ne sont pas en danger.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que cela ouvrirait les frontières si nous le faisons?

**M. Marsland:** Cet été, la réaction des 34 pays qui ont imposé des restrictions à l'importation de viande de boeuf et de bovins canadiens ne va pas du tout dans le sens des quinze années de recherches scientifiques qui nous ont permis de comprendre cette maladie. C'est un bête bouton, ouvert, fermé. Un cas d'ESB et la frontière est fermée. Cela ne va pas du tout dans le sens des normes internationales élaborées par l'Organisation internationale qui régit les échanges commerciaux avec les pays qui ont connu des cas d'ESB et qui sont classés graduellement en catégorie libre, libre sous condition, risque faible et modéré et saturé.

Nous commençons à voir une évolution de cette réaction sur deux plans. Premièrement, les États-Unis et le Mexique ont partiellement rouvert leurs frontières à la viande de boeuf canadienne, partant du principe que selon les données scientifiques il n'y a pas de risque ou un risque négligeable associé à certaines catégories de coupe de viande de bovins de certains âges et de bovins plus jeunes, risque encore moindre si certains morceaux à risque spécifié sont systématiquement écartés. C'est la première évolution. Elle est relativement importante. Qu'un pays rouvre ses frontières à un pays qui a connu un cas d'ESB est un premier pas important.

Deuxièmement, le ministre Vancief, avec le secrétaire Veneman des États-Unis et le secrétaire Usabiaga du Mexique, ont demandé à l'OIE de préparer une approche pragmatique fondée sur les dernières données scientifiques pour des directives internationales en réponse à des cas d'ESB. Ces réunions commenceront la semaine prochaine. Il y a un mouvement dans le monde qui tend à reconnaître que la science nous permet de beaucoup mieux comprendre les risques associés à la maladie et au commerce de ces animaux.

**Le sénateur Roche:** N'y a-t-il aucune raison pour que le Canada impose des normes pour l'ESB supérieures aux normes internationales? Respecter les normes internationales ne devrait-il pas être suffisant pour renforcer scientifiquement nos méthodes de surveillance?

**Mme Bossé:** Ce sont toutes les options que nous préparons pour notre ministre. Elles sont toutes dérivatives. Elles correspondent à des combinaisons de différents programmes et la surveillance est l'un d'entre eux. Renforcer les mesures d'interdiction de farine animale en est une autre.

**Le sénateur Roche:** C'est pour quand?

**Mme Bossé:** Le travail est en cours. Je ne peux pas vous donner de date exacte car le groupe de travail n'a pas terminé son travail.



**The Deputy Chairman:** Once you have completed your work and the minister has it and it is available for release, perhaps you can provide the committee with it. That would be helpful.

**Senator Morin:** Before we had this case, what was Canada's position toward countries that had a single case of BSE?

**Dr. Kahn:** We did not accept imports.

**Senator Morin:** I know that, but on what basis?

**Dr. Kahn:** It was done on the basis of policies that had been worked through with the United States and Mexico for a number of years.

**Senator Morin:** What was the basis of these policies? Why did we not import cattle and meat from countries that had one single case of BSE? It was a result of public health concerns, of course. What else?

**Dr. Kahn:** It was really looking at the policies that countries that were similarly free around the world had adopted. Seeing that as some type of benchmark of international practice, North America took a similar approach.

**Senator Morin:** Yes, based on public health concerns.

**Senator Callbeck:** I wish to change the subject. Being from Prince Edward Island, I am sure you know what I am going to ask about: Potatoes. The inspection fees have gone up tremendously in the last five years. I would like to have an explanation as to why.

**Ms. Bossé:** I am really sorry, but I will not be able to answer your question. However, it will be my pleasure to try to find the information and get it back to you. I recently took this position and I have a science background and one as an administrator.

**Senator Callbeck:** I would really appreciate getting that information. There have been tremendous increases there.

I have another question in respect of potatoes. Since you are new in this position, perhaps you cannot answer this. However, you can get back to me. Years ago, every field used to be tested. The only fields tested are for seed potatoes. In other words, if I am a grower of seed potatoes, I have my fields tested. However, the fields around me are not, unless the farmer requests it. In the last two years, we have had a number of problems with viruses.

Have you thought of ways to help the seed potato growers with their quality improvement? I would like your comment on that.

**Ms. Bossé:** I will have to get the information back to you. I am not familiar with the seed plant and potato programs. I will try to get the answer for you.

**Senator Callbeck:** Thank you.

**La vice-présidente:** Quand vous aurez terminé votre travail, que le ministre l'aura en main et que vous serez sur le point d'en communiquer les résultats, vous pourriez peut-être nous en envoyer une copie. Cela nous aiderait.

**Le sénateur Morin:** Avant que nous n'ayons ce cas, quelle était la position du Canada envers les pays ayant un seul cas d'ESB?

**Dre Kahn:** Nous refusons les importations.

**Le sénateur Morin:** Je sais mais sur quelle base?

**Dre Kahn:** Sur la base de politiques élaborées avec les États-Unis et le Mexique depuis un certain nombre d'années.

**Le sénateur Morin:** Quelle était la base de ces politiques? Pourquoi refusons-nous d'importer des bovins et de la viande originaires d'un pays n'ayant qu'un seul cas d'ESB? Bien sûr, il y avait des problèmes de santé publique mais quoi d'autre?

**Dre Kahn:** C'était simplement l'implication des mêmes politiques que celles adoptées par les autres pays n'ayant pas eu de cas jusque-là. Comme c'était une sorte de norme internationale, l'Amérique du Nord a adopté une approche analogue.

**Le sénateur Morin:** Oui, fondée sur la protection de la santé publique.

**Le sénateur Callbeck:** J'aimerais changer de sujet. Comme je suis de l'Île-du-Prince-Édouard, je suis certaine que vous savez de quoi je vais parler: de pommes de terre. Les frais d'inspection ont augmenté d'une manière extraordinaire au cours des cinq dernières années. J'aimerais qu'on m'explique pourquoi.

**Mme Bossé:** Je suis terriblement désolée mais je ne peux pas répondre à votre question. Cependant, je me ferai un plaisir d'essayer d'obtenir les renseignements et de vous les faire parvenir. Je viens tout juste d'être nommée et mes spécialités ce sont les sciences et l'administration.

**Le sénateur Callbeck:** J'aimerais beaucoup avoir ces renseignements. Les augmentations sont extraordinaires.

J'ai une autre question sur les pommes de terre. Comme vous êtes nouvelle à ce poste, vous ne pourrez peut-être pas répondre. Cependant, vous pourrez m'envoyer la réponse. Il y a des années, tous les champs étaient inspectés. Les seuls champs inspectés sont les champs de plants de pommes de terre. En d'autres termes, si je cultive des plants de pommes de terre, mes champs sont inspectés. Cependant, les champs autour ne le sont pas à moins que le cultivateur ne le demande. Au cours des deux dernières années, nous avons connu un certain nombre de problèmes de virus.

Avez-vous pensé à des moyens pour aider les cultivateurs de plants de pommes de terre? J'aimerais vos commentaires.

**Mme Bossé:** Il faudra que je me renseigne pour vous. Je ne connais pas les programmes de pommes de terre et de plants de pommes de terre. J'essaierai d'avoir la réponse pour vous.

**Le sénateur Callbeck:** Merci.

**The Deputy Chairman:** I was listening to you and all of the complexities of the areas you have to deal with. We had the SARS outbreak, which was animal to human that was offshore. That would not be something within your jurisdiction necessarily, although I am sure you are monitoring it. How do you deal with potential emerging illnesses? It seems there is something new every year. For instance, we now have the West Nile virus.

How do we know that West Nile does not somehow mutate into our food system when a mosquito bites an animal and we then eat the animal? It might be possible. People experience these new illnesses and a few years down the road it is realized that there was an impact on their health.

**Dr. Dodds:** Earlier, one of my colleagues made reference to what is referred to as "zoonotic diseases". These are, by definition, diseases that can be transmitted from animals to humans through different vectors — sometimes directly animal to human but more often, it is through a vector such as a mosquito, food or water. The disease organism originates in animals and also causes disease in humans.

This kind of knowledge has been in place for well over one century in the public health field. People who look after human safety, whether food safety or public health beyond food safety, have always known that they need to be aware of what is going on in the animal health world. More and more with the different surveillance systems, there have been efforts to link them.

To understand, at the scientific level, I will use an example that everyone will recognize — *E.coli* 0157, which is the agent that caused the water-borne disease from Walkerton. The reservoir for that is not the human population but it is the animal population. If we have a sense of what animals are infected, whether they are diseased or just carriers, it can help us to understand what controls we need to put in place to protect human health. Very often that is through food and food safety measures.

For emerging diseases, it is the same kind of issue. There is the scientific reality of past experience that micro-organisms can infect animals that can then infect humans. You are always on the lookout. It is primarily a concern with the warm-blooded animals. Our body temperature is 37-degrees Celsius. The cows are warm-blooded as well. Therefore, it is more likely that bacteria that cause a problem and infect a cow could cause a disease in a human rather than in a fish because a fish's body temperature is different and it has a different physiology. There are fewer fish pathogens that could cause a human health concern. The same fact applies to plants with a different biological system. The organisms that cause plant disease would seldom have any effect on human diseases. However, it often happens with warm-blooded animals such as cows and deer.

**La vice-présidente:** Je vous écoutais et je pensais à la complexité des domaines dont vous avez la responsabilité. Il y a eu l'épidémie de SRAS, maladie transmise de l'animal à l'homme et qui nous est venue de l'étranger. Ce n'est pas forcément un problème qui est de votre compétence bien que je suis certaine que vous le suiviez de près. Que faites-vous face à ces nouvelles maladies? On a l'impression qu'il y en a une nouvelle tous les ans. Nous avons maintenant le virus du Nil.

Comment pouvons-nous être certains que le virus du Nil ne s'introduit pas dans notre chaîne alimentaire quand un moustique pique un animal et que nous mangeons cet animal? Ce n'est pas impossible. Il y a des gens qui ont ces nouvelles maladies et ce n'est que quelques années plus tard qu'on se rend compte de leur incidence sur leur santé.

**Mme Dodds:** Tout à l'heure, un de mes collègues a fait allusion aux maladies dites zoonotiques. Par définition, ce sont des maladies qui sont transmises par des animaux aux humains par le biais de différents vecteurs — parfois directement des animaux aux humains mais le plus souvent, par des vecteurs comme les moustiques, la nourriture ou l'eau. Ce sont des organismes qui provoquent des maladies chez les animaux mais qui peuvent aussi en provoquer chez les humains.

Cela fait plus d'un siècle que les responsables de la santé publique le savent. Les responsables de la protection de la santé humaine, qu'il s'agisse des problèmes liés à l'alimentation ou de la santé publique en général, ont toujours su qu'il leur fallait s'intéresser aux problèmes de santé des animaux. De plus en plus, les différents systèmes de surveillance permettent de les relier.

Pour comprendre, au niveau scientifique, j'utiliserais un exemple que tout le monde connaît — *E.coli* 0157, l'agent qui a causé la maladie propagée par l'eau de Walkerton. Le réservoir d'une telle maladie n'est pas la population humaine mais la population animale. Si nous pouvons avoir une idée de quels animaux sont infectés, qu'ils soient malades ou simplement porteurs, cela peut nous aider à comprendre quel contrôle il faut mettre en place pour protéger la santé humaine. Très souvent, c'est par le biais de mesures de sécurité et de sûreté alimentaire.

Pour les nouvelles maladies, c'est la même chose. Il y a la réalité scientifique de l'expérience passée qui montre que les micro-organismes peuvent infecter des animaux qui à leur tour peuvent infecter les humains. Nous sommes toujours sur le qui-vive. C'est surtout un problème avec les animaux à sang chaud. La température de notre corps est de 37 degrés. Les vaches sont également des animaux à sang chaud. Par conséquent, il est plus probable que les bactéries qui causent un problème et qui infectent les vaches puissent provoquer une maladie chez les humains plutôt que les poissons parce que la température des poissons est différente et leur physiologie est différente. Il y a moins d'agents pathogènes du poisson qui peuvent causer des problèmes de santé humaine. C'est la même chose pour les plantes qui ont un système biologique différent. Les organismes qui causent des maladies chez les plantes ont rarement un effet sur les humains. Par contre, cela arrive souvent avec des animaux à sang chaud comme les vaches et les cerfs.



**The Deputy Chairman:** West Nile is an example of an emerging disease. Are the scientists keeping ahead of it?

**Dr. Dodds:** Next week, two of my colleagues from Health Canada will be here. They both have responsibility for labs that specialize in that area of zoonotics.

**Ms. Bossé:** Next week, Dr. Paul Kitching, who is in charge of the Winnipeg lab, will be here with Dr. Francis Plummer.

**The Deputy Chairman:** I will save the questions for them.

**Ms. Bossé:** Much work has been done on the West Nile virus. We know that it affects certain species, such as horses, which are highly susceptible to West Nile virus. For their protection, a vaccine has been developed.

However, SARS is an emerging disease that caught people off-guard because it evolved so rapidly. I would say that the response in Canada occurred as soon as the disease was identified and isolated. The Winnipeg lab — our side as well as the human and health side — organized an animal experiment to determine whether animals could play a role in the transmission of SARS. Just as Toronto was trying to deal with the issue, the labs were trying to determine the pathway of the transmission of the disease. People are aware that it may take a long time to fully understand the transmission of a disease.

**The Deputy Chairman:** I thank our witnesses for an enlightening presentation and for their detailed explanations.

The committee adjourned.

**La vice-présidente:** Le virus du Nil est un exemple de maladie émergente. Les scientifiques la contrôlent?

**Mme Dodds:** La semaine prochaine, deux de mes collègues de Santé Canada seront là. Ils sont tous deux responsables des laboratoires spécialisés dans les zoonoses.

**Mme Bossé:** La semaine prochaine, M. Paul Kitching, qui est responsable du laboratoire de Winnipeg, sera ici avec M. Francis Plummer.

**La vice-présidente:** Je garde mes questions pour eux.

**Mme Bossé:** Beaucoup de travail a été fait sur le virus du Nil. Nous savons qu'il affecte certaines espèces, comme les chevaux, qui sont très susceptibles aux attaques du virus du Nil. Un vaccin a été mis au point pour les protéger.

Cependant, le SRAS est une maladie émergente qui a pris les gens au dépourvu car son évolution a été extrêmement rapide. Le Canada a réagi dès que la maladie a été identifiée et isolée. Le laboratoire de Winnipeg — de notre côté ainsi que du côté de la santé humaine — a organisé une expérience animale pour déterminer si les animaux pouvaient jouer un rôle dans la transmission du SRAS. Juste comme Toronto essayait de régler le problème, les laboratoires essayaient de déterminer la voie de transmission de la maladie. Nous savons qu'il peut prendre parfois très longtemps avant de bien comprendre les paramètres de transmission d'une maladie.

**La vice-présidente:** Je remercie nos témoins de leurs exposés instructifs et de leurs explications détaillées.

La séance est levée.





ting of September 18, 2003

*n Agriculture and Agri-Food Canada:*

Andrew Marsland, Acting Assistant Deputy Minister, Market and Industry Services Branch;

Gilles Lavoie, Senior Director General, Market and Industry Services Branch.

*n the Canadian Food Inspection Agency:*

Judith Bossé, Vice-President, Science;

Dr. Sara Kahn, Deputy Veterinary Officer of Canada.

*n Health Canada:*

Karen Dodds, Director General, Food Directorate, Health Products and Food Branch.

Séance du 18 septembre 2003

*D'Agriculture et Agroalimentaire Canada:*

Andrew Marsland, sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés;

Gilles Lavoie, directeur général principal, Opérations, Direction générale des services à l'industrie et aux marchés.

*De l'Agence canadienne d'inspection des aliments:*

Judith Bossé, vice-présidente, Science;

Dr. Sara Kahn, adjointe au vétérinaire en chef du Canada.

*De Santé Canada:*

Karen Dodds, directrice générale, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

##### Meeting of September 17, 2003

*From the Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness:*

James Harlick, Assistant Deputy Minister,  
Gary O'Bright, Director General of Operations.

*From Health Canada:*

Scott Broughton, Assistant Deputy Minister, Population and Public Health Branch;  
Paul Gully, Senior Director General, Population and Public Health Branch;  
David Mowat, Director General, Centre for Surveillance Coordination;  
Ron St. John, Director General, Centre for Emergency Preparedness and Response.

*(Continued on previous page)*

#### TÉMOINS

##### Séance du 17 septembre 2003

*Du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile:*

James Harlick, sous-ministre adjoint  
Gary O'Bright, directeur général des opérations

*De Santé Canada:*

Scott Broughton, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique  
Paul Gully, directeur général principal, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique  
David Mowat, directeur général, Centre de coordination de la surveillance  
Ron St. John, directeur général, Centre de mesures d'interventions d'urgence

*(Suite à la page précédente)*





26  
551



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## **Social Affairs, Science and Technology**

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, September 25, 2003

Issue No. 21

**Third meeting concerning:**  
Public health emergencies arising  
from infectious disease

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## **Affaires sociales, des sciences et de la technologie**

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 25 septembre 2003

Fascicule n° 21

**Troisième réunion concernant:**  
Les problèmes de santé publique liés aux  
maladies infectieuses

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cook	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Fairbairn substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*September 18, 2003*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton  
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cook	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 18 septembre 2003*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, September 25, 2003  
(31)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:06 a.m., this day, in room 257, East Block, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Kirby, LeBreton, Morin and Roche (6).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the committee continued its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**WITNESSES:**

*As an individual:*

Dr. David Butler-Jones, Former Chief Medical Officer for Saskatchewan.

*From the Ministry of Health and Long-Term Care Ontario:*

Dr. Colin D'Cunha, Commissioner of Health, Chief Medical Officer and Assistant Deputy Minister.

*From the Institut national de santé publique du Québec (by videoconference):*

Dr. Richard Massé, Chief Executive Officer.

*From the British Columbia Centre for Disease Control:*

Mr. Ron Zapp, Provincial Executive Director.

Colin D'Cunha, Richard Massé, Ron Zapp and David Butler-Jones each made a presentation and answered questions.

At 1:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:****PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 25 septembre 2003  
(31)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Kirby, LeBreton, Morin et Roche (6).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité poursuit son étude sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**TÉMOINS:**

*À titre personnel:*

Le Dr David Butler-Jones, ancien médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan.

*Du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario:*

Le Dr Colin D'Cunha, commissaire de la santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint.

*De l'Institut national de santé publique du Québec (par vidéoconférence):*

Le Dr Richard Massé, président-directeur général

*Du British Columbia Centre for Disease Control:*

M. Ron Zapp, directeur exécutif provincial.

MM. Colin D'Cunha, Richard Massé, Ron Zapp et David Butler-Jones font une déclaration et répondent aux questions.

À 13 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, September 25, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:06 a.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** The focus of this committee is on specific health issues and not the broad issues; they will be studied at a later time. We want to know what role the federal government and additional institutions or monies need to be put in place in order for the federal government to be able to handle infectious epidemics.

Thank you, witnesses, for agreeing to come this morning. We need your help. We are very much interested in having the advice of front-line workers.

Dr. Massé, as I travelled around the country this summer talking to people about this issue, and the consensus seemed to be that, in many ways, the best public health system in terms of its ability to deal effectively at the grass roots level is the one in Quebec. People praised both you and the system. I compliment you on that because you helped to organize that system and you run it today.

I would like to understand what it is about your organization that has led people to praise both you and the system itself. Obviously leadership is one part of it, but is there a unique element to the organization that really makes a difference?

**Dr. Colin D'Cunha, Commissioner of Health, Chief Medical Officer and Assistant Deputy Minister, Ministry of Health and Long-Term Care Ontario:** Honourable senators, I have put a slide deck together for you.

The Health Protection and Promotion Act governs Ontario's public health system. There are 37 health units that form the delivery arm for public health services. At a very minimum, there are 17 mandatory programs.

We have determined that there are five key functions of public health in Canada: population health assessment, surveillance, health promotion, injury and disease prevention, and health protection.

We understand that your initial scope will focus on: population health assessment, surveillance, and disease prevention. You have touched upon health protection concerning infectious disease epidemiology.

As specified by the Health Protection and Promotion Act each of our public health units is responsible for the public health of a specific geographic area. Under the act the Medical Officer of

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 25 septembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, pour étudier l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Notre comité s'intéresse à des questions de santé précises et non aux questions d'ordre général, qui seront étudiées plus tard. Nous voulons savoir quel rôle le gouvernement fédéral devrait jouer et quels nouveaux organismes devraient être créés ou fonds engagés pour que le gouvernement fédéral puisse lutter contre les épidémies infectieuses.

Merci, messieurs, d'avoir accepté de venir nous rencontrer ce matin. Nous avons besoin de votre aide. Les conseils des intervenants de première ligne vont nous être très utiles.

Docteur Massé, les Canadiens que j'ai rencontrés dans les différentes régions du pays que j'ai visitées cet été semblent s'entendre pour dire qu'à bien des égards c'est le Québec qui a le meilleur système de santé publique, pour ce qui est des interventions auprès de la population. Les gens faisaient votre éloge et celle du système. Je vous félicite parce que vous avez contribué à mettre en place le système que vous dirigez aujourd'hui.

J'aimerais comprendre ce qui, au sein de votre organisation, amène les gens à dire du bien de vous et du système. Évidemment, la direction joue un rôle, mais il y a un aspect particulier à votre organisation qui fait toute la différence.

**Le Dr Colin D'Cunha, commissaire de la santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario:** Honorables sénateurs, j'ai des diapositives à vous présenter.

C'est la Loi sur la protection et la promotion de la santé qui régit le système de santé publique en Ontario. Il y a 37 bureaux de santé qui assurent les services de santé publique. Il y a à tout le moins 17 programmes obligatoires à offrir.

Nous avons déterminé que la santé publique au Canada comportait cinq grandes fonctions: l'évaluation de la santé de la population, la surveillance, la promotion de la santé, la prévention des blessures et des maladies et la protection de la santé.

Nous croyons comprendre que vous voulez vous concentrer pour commencer sur l'évaluation de la santé de la population, la surveillance et la prévention des maladies. Vous avez aussi évoqué la protection de la santé dans le cas des épidémies infectieuses.

Comme le précise la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chacun de nos bureaux de santé publique est responsable d'un secteur géographique donné. En vertu de la loi, le médecin



Health is mandated to see to health-promotion and health-protection. Each health unit operates from both a population-health perspective and an individual-health perspective.

The structure of a typical public health begins with a board of health that governs each unit. Municipal councils govern ten of our units that range from populations of 150,000 to 2.5 million for the City of Toronto.

Multi-county/multi-municipal boards govern the remainder of the health units. This structure has both municipal and provincial representation with appointments lasting up to two terms of three years. When the terms come up, advice is sought from the board of health in terms of appointing new members.

Each board of health must have a medical officer of health, and yet, because of our national shortage of community medicine specialists eight of our units are without an officer. When the office of Medical Officer of Health is vacant or the officer is on vacation, or for whatever reason is absent, there must be an acting Medical Officer of Health appointed. These eight units meet that standard.

Larger health units have Associate Medical Officers of Health. They are supported by a management structure of nursing management, environmental health management, dental management, and health discipline management. Let us not forget that key to ongoing success is a strong business administration support.

Public health officials respond to communicable disease outbreaks, environmental health concerns and chronic health disease prevention and health promotion challenges.

As far as managing health programs and services guidelines are concerned, we have three general standards, and health hazard investigation will be of particular interest to your study.

We have 14 specific program standards. The last set, under the heading of Infectious Diseases, will be of interest to you at this time. The control of infectious diseases, the food safety program, infection control in institutions, rabies control, safe water, sexually transmitted diseases including HIV and AIDs, tuberculosis control, and vaccine-preventable diseases, fall under this heading.

I have decided to focus on the public health compliance staffing expenditure for the time that I have held this position. Public health historically has never been, in public health's view, adequately funded.

Ontario's mandatory program first came out in 1989 and the public health sector has been slowly trying to achieve their goals. In 1997, in response to the new science the goals were redefined. As of 2002 we have achieved 86.3 per cent compliance.

hygiéniste s'occupe de la promotion et de la protection de la santé. Tous les bureaux de santé tiennent compte à la fois de la santé de l'ensemble de la population et de celle des particuliers.

Chaque bureau de santé est dirigé par un conseil de santé. Les conseils municipaux régissent dix de nos bureaux qui servent des populations allant de 150 000 personnes à 2,5 millions, pour la ville de Toronto.

Des conseils regroupant plusieurs comtés ou plusieurs municipalités dirigent les autres bureaux de santé. Ces conseils se composent de représentants municipaux et provinciaux qui sont nommés pour des mandats pouvant aller jusqu'à deux ans. On demande l'avis du bureau de santé avant de nommer de nouveaux membres.

Chaque bureau de santé doit avoir un médecin hygiéniste, mais huit de nos bureaux n'en ont pas en raison de la pénurie de spécialistes en médecine communautaire que connaît le pays. Quand le poste de médecin hygiéniste est vacant ou que le médecin est en congé ou absent pour une autre raison, le poste doit être occupé par un médecin hygiéniste nommé à titre intérimaire, ce qui est le cas dans les huit bureaux en question.

Les plus grands bureaux de santé ont aussi des médecins hygiénistes associés. Ils sont épaulés par des services d'infirmières, de spécialistes de l'hygiène de l'environnement, de dentistes et d'autres professionnels de la santé. Il ne faut pas oublier qu'il est essentiel au bon fonctionnement d'avoir un soutien administratif solide.

Les responsables de la santé publique luttent contre les épidémies infectieuses, règlent les problèmes de santé publique et s'occupent de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé.

Pour ce qui est des programmes de santé et des lignes directrices sur les services, nous avons trois normes générales, et celle concernant l'enquête sur les risques pour la santé sera particulièrement utile pour votre étude.

Nous avons 14 normes précises qui s'appliquent aux programmes. C'est la dernière série, à la rubrique des maladies infectieuses, qui va vous intéresser pour l'instant. La lutte contre les maladies infectieuses, le programme de salubrité des aliments, la lutte contre les infections dans les établissements, la lutte contre la rage, la salubrité de l'eau, les maladies transmissibles sexuellement, notamment le VIH et le sida, la lutte contre la tuberculose et les maladies pouvant être prévenues par la vaccination entrent dans cette catégorie.

J'ai décidé de traiter de la conformité, du personnel et des dépenses de la santé publique depuis que j'occupe mon poste. Pour les gens du milieu, la santé publique n'a jamais été suffisamment financée.

Le programme obligatoire existe en Ontario depuis 1989 et le secteur de la santé publique a progressivement essayé d'atteindre les objectifs à ce sujet. En 1997, à la suite de nouvelles données scientifiques, les objectifs ont été redéfinis. En 2002, nous les avons atteints à 86,3 p. 100.

While our budgets appear to have gone up by 43.2 per cent public health needs more investment from all levels of government. This is a question of a partnership. The number of FTEs devoted to public health in Ontario is in the order of between 5,500 and 6,000 at the local level.

In the last month I have been fortunate that the government has listened to some of my comments and have released 180 additional FTEs into public health. They have given me 80 for my own staff compliment. That does not count our laboratory capacity.

When I started in this position in 1998, the central staff complement was 65. When I managed to successfully hire these additional 80, we will be at 240. I need to stress that these bodies are not available. I do not wish to poach from my neighbours because then my problem becomes theirs.

I will turn it over to Dr. Massé.

**Dr. Richard Massé, Chief Executive Officer, Institut national de santé publique du Québec:** While my presentation will focus on public health in Canada I will also describe the public health system in Quebec. I will also describe what needs to be done in terms of investment and the areas that need it most. In my conclusion I will point out the challenges we face in the future.

[Translation]

Several highly inspirational reports have been written about the state of public health care in Canada. The Krever Report identified all of the problems associated with the public health care system with a view to finding timely solutions. The Auditor General also tabled a report on this subject.

Also released recently was the report of the Advisory Committee on Population Health calling on the deputy ministers of health to evaluate the capacity of the public health care system. This committee's recommendation remains very timely. The Canadian Institutes of Health Research also released a report this summer and we should look to their recommendations for inspiration as well.

Canada is not the only country to be weighing in on the debate. The United States and many European nations are asking themselves similar questions because they face the same situations in terms of epidemiologic transition and the same challenges in terms of dealing with emerging pathogens that spread rapidly from country to country.

Canada's health care system is in fact made up of a series of connected, albeit disparate systems. Fundamentally, Quebec's system is based on a regional health care delivery model. Each time this regional model is altered, our ability to act is affected.

Même si nos budgets ont augmenté de 43,2 p. 100, tous les ordres de gouvernement doivent investir davantage dans la santé publique. C'est une question de partenariat. Au niveau local, il y a entre 5 500 et 6 000 ETP consacrés à la santé publique en Ontario.

Heureusement, au cours du dernier mois, le gouvernement m'a entendu et a accordé 180 ETP de plus à la santé publique. On en a octroyé 80 pour mon propre personnel. Cela ne comprend pas le travail de laboratoire.

Quand je suis entré en fonction en 1998, l'effectif du bureau central était de 65 employés. Quand j'aurai réussi à embaucher ces 80 employés de plus, nous serons 240. Je tiens à souligner qu'il n'y a pas de candidats à ces postes, et je ne veux pas aller recruter chez mes voisins parce que je vais leur refiler mon problème.

Je vais laisser la parole au Dr Massé.

**Le Dr Richard Massé, président-directeur général, Institut national de santé publique du Québec:** Mon exposé va traiter de la santé publique au Canada, mais je vais également décrire le système de santé publique du Québec. Je vais aussi expliquer les investissements qui sont nécessaires et les secteurs qui en ont le plus besoin. Enfin, en conclusion, je vais préciser les enjeux que l'avenir nous réserve.

[Français]

La situation de la santé publique au Canada a fait l'objet de plusieurs rapports très inspirants. Le rapport Krever a soulevé tous les problèmes que nous avons au niveau de l'organisation de la santé publique afin de pouvoir faire face à la situation du temps. Nous avons eu aussi le rapport du vérificateur général.

Parmi les derniers rapports qui ont été rédigés, nous retrouvons celui du comité pour le service des populations qui a fait une demande aux sous-ministres de la santé de produire une évaluation de la capacité en santé publique. La recommandation de ce comité est encore très actuelle. Les Instituts de recherche en santé du Canada ont aussi fait rapport, cet été, et remis leurs recommandations pour lesquelles nous devons aussi grandement nous inspirer.

Nous ne sommes pas le seul pays à considérer cette même question. Les États-Unis et plusieurs pays d'Europe se posent les mêmes questions parce qu'ils font face à la même transition épidémiologique et au même défi des pathogènes qui sont en émergence et qui se transmettent très rapidement d'un pays à l'autre.

Quand on regarde le système de santé canadien, il est, en fait, une série de systèmes reliés, mais qui sont différents les uns des autres. Le système du Québec est fondamentalement lié à l'organisation régionale des soins. À chaque fois que nous touchons l'organisation régionale des soins, cela affecte notre capacité de pouvoir agir.



Over the past decade, a number of changes have taken place, including the development of new technologies for in-lab monitoring of health and vaccines. All of these technologies have contributed to the introduction of new treatment methods that while necessary, have also proven costly to implement.

Currently, the Quebec government is facing serious financial constraints in the area of health care services accessibility. The various levels of government, the federal government in general and the Quebec government in particular, have focused their efforts on the delivery of essential services aimed at providing care, at the expense of investments in the public health care system in general. For instance, some interprogram funding is being redirected to home care.

This situation raises some major problems with respect to chronic diseases which already place a heavy burden on the system. While this area is not the focus of the committee's study, it is nonetheless a fundamentally important consideration. With respect to emerging pathogens, we must have the ability to respond on site before a crisis occurs.

In the early 1990s, Quebec developed a long-term vision for the health care sector. It formulated a health and welfare policy, a major component of the new structure. Subsequently, we set some national public health priorities and eventually we undertook a review of the Public Health Act. An integrated, comprehensive program was implemented on a province-wide basis for all regions. The program resulted in a number of local activities the relevance and effectiveness of which has been scientifically demonstrated.

Like the other provinces, Quebec must contend with recruitment and manpower training problems. This is but one of the reasons for the creation of the Institut national de santé publique.

I will refrain from reviewing in detail the federal government's mandate, since you have already heard from the relevant authorities. However, I do want to stress the importance of clearly defining the roles, mandates and responsibilities of each level of government. Any confusion over the roles and responsibilities of the federal government and of the provinces, even within a legal framework, would result in confusion. In our view, this matter warrants priority consideration.

Lastly, both the Canadian and Quebec health care systems constitute major strengths in terms of our overall primary health care system. That is what sets us apart from the US system which has two components: the public health care network and a care and services network. The integration of the two components here in Canada constitutes a major strength, one on which we must draw.

For example, SARS brought home the point that without close ties between the public health care system and the health care network, it would be impossible to deal with emergencies that arise.

Au cours des dix dernières années, il y a eu plusieurs changements, tel celui du développement de nouvelles technologies pour la surveillance de l'état de santé au niveau des laboratoires et des vaccins. Toutes ces technologies ont amené un potentiel important d'interventions qui sont nécessaires mais qui engendrent des coûts importants pour les implanter.

Actuellement, et c'est le cas au Québec: il y a des contraintes financières importantes pour rendre accessible les services de santé. Un des impacts est que les gouvernements, en général au Canada et spécifiquement au Québec, se sont concentrés à donner les services essentiels de récupération de la santé. Cela a été fait en laissant un peu de côté tous les investissements en amont, donc au niveau de la santé publique. On a même vu un glissement de financement interprogrammes, par exemple, vers les soins à domicile.

Cela pose d'importants problèmes sur le plan des maladies chroniques où le fardeau de la maladie est très important. Ce n'est pas le sujet de l'étude du comité aujourd'hui, mais pour nous c'est fondamental. En ce qui a trait aux pathogènes en émergence, nous devons avoir la capacité d'agir sur place avant qu'ils n'apparaissent.

Au début des années 1990, le Québec s'est donné une vision à long terme dans le secteur de la santé par le biais d'une politique de santé et de bien-être, ce qui fut un pas très important au niveau de la structure. Ceci nous a amené, par la suite, à élaborer des priorités nationales en matière de santé publique et, éventuellement, revoir la Loi sur la santé publique. Un programme intégré et complet fut mis sur pied pour l'ensemble de la province et des régions. Ce programme est à la base d'activités locales dont les preuves scientifiques appuient solidement leur pertinence et efficacité.

Le Québec, comme les autres provinces, doit faire face à des problèmes de recrutement et de formation de la main-d'œuvre. Voilà une des raisons pour laquelle l'Institut national de santé publique a été développé.

Je ne m'éterniserai pas sur le mandat du gouvernement fédéral, puisque vous avez déjà entendu les autorités pertinentes sur cette question. Je soulèverai toutefois l'importance de la définition claire des rôles, mandats et responsabilités de chaque gouvernement. Car s'il y a confusion entre les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral et ceux des provinces, même à l'intérieur d'un cadre légal, il existera des problèmes. À notre avis, cette question doit être adressée de façon prioritaire.

Enfin, le système de santé, tant canadien que québécois, possède des forces importantes qui constituent tout notre réseau de santé primaire. Ceci nous distingue fondamentalement du système américain dans lequel on retrouve deux réseaux: un réseau de santé publique et un réseau de soins et de services. Cette intégration est chez nous une très grande force de laquelle nous devons tirer profits.

Dans le cas du SRAS, par exemple, sans un lien étroit entre le réseau de santé publique et l'organisation du système de soins, il n'est pas possible de répondre aux exigences du problème auquel on doit faire face.



Therefore, we need to maintain a system in which integration is reinforced and ongoing.

The next slide is a familiar, classic depiction of how the health care system, a determinant of health, is organized. However, it is a well known fact that the health care system is not primarily responsible for ensuring population health. This bears mentioning, as the burden of illness does not rest on this component of the system.

Other health determinants interact. If we want to be in a position to combat illnesses and infectious diseases like HIV, we need to consider investing in the other determinants of health.

A review of Quebec's legislation brought to light the fact that public health protection legislation along the lines of what existed previously and what most provinces now have is no longer adequate. We need legislation that clearly spells out public health functions such as surveillance, population health assessment, promotion and prevention. The review was an important initiative and resulted in the recognition of these public health functions by health care organizations, CLSCs and hospitals.

It was critically important to assign a legal nature to these functions and to clarify roles and responsibilities, even at the provincial level.

No doubt you have heard people comment about epidemiological considerations in light of HIV, Hepatitis C and the West Nile virus. I will not belabour this point. Today, we are called upon to deal with problems that arise very quickly, hence the importance of good communication between all public health networks, not just in Canada but abroad as well. We must also turn our attention to vulnerable groups that often experience serious hardship. They must not be forgotten, as is generally the case with the public health care system.

A number of accomplishments are worthy of note. We have developed surveillance systems. However, these must be linked together to ensure the effective transmission of information, and this is not always the case.

In response to one of the problems identified, we developed reference laboratories. Quebec in particular established a level 3 reference laboratory in the field of biosecurity. In our view, access to this type of laboratory is critically important.

However, a problem has been identified with vaccines. Important opportunities exist and a national strategy was formulated and formed the basis of a consensus. Subsequently, it was approved by the various health ministers. However, funding problems have prevented us from using and benefitting fully from these new vaccines.

Nous devons donc continuer d'avoir un système à l'intérieur duquel l'intégration est renforcée et présente.

Nous avons illustré, à la droite de la diapositive, un schéma classique avec lequel tout le monde est familier, soit l'organisation du système de soins, un des déterminants du secteur de la santé. Nous savons, toutefois, que ce n'est pas là où se joue le rôle principal en matière de santé de la population. Il est important de souligner ce niveau tout en sachant que le fardeau de la maladie ne repose pas sur cet aspect du système.

Les autres déterminants de la santé agissent de façon interactive. Si on veut être en mesure de faire face à l'ensemble des maladies et aux maladies infectieuses comme le VIH, il faut considérer la possibilité d'investir dans les autres déterminants de la santé.

Lorsqu'on a réexaminé la législation québécoise, on a estimé qu'une loi sur la protection de la santé publique, telle qu'on avait antérieurement et que la plupart des provinces ont actuellement, ne suffit pas. Nous devons avoir une loi selon laquelle les fonctions en matière de santé publique, telles la surveillance, l'évaluation de l'état de santé, la promotion et la prévention sont présentes et intégrées afin de nous permettre d'agir au niveau de l'ensemble des fonctions de la santé. Cette initiative fut un point important. Nous pouvons à présent en constater le résultat. Les organisations de la santé, les CLSC et les hôpitaux reconnaissent maintenant ces fonctions en matière de santé publique.

Le fait d'attribuer à ces fonctions un caractère légal est essentiel et a permis de clarifier les rôles et responsabilités, problème qui existe même à l'intérieur de la province.

Vous avez certes entendu des propos sur les dispositions épidémiologiques face à l'introduction du VIH, de l'hépatite C et du virus du Nil. Je ne m'éterniserai pas sur ce point. Nous devons aujourd'hui faire face à des problèmes qui arrivent de façon extrêmement rapide. Voilà pourquoi il doit exister une bonne communication entre l'ensemble des réseaux de santé publique, non seulement au Canada mais avec l'étranger. Nous devons également considérer le problème des populations vulnérables, elles sont souvent les cibles de ravages importants. Il ne faut donc pas les oublier, comme on le fait généralement en matière de santé publique.

Il est important de souligner quelques accomplissements. Nous avons développé des systèmes de surveillance. Ces systèmes doivent toutefois être reliés en temps réel les uns avec les autres — ce qui n'est pas toujours le cas — pour permettre la transmission de l'information de façon efficace.

On a développé des laboratoires de référence — c'était un problème. Le Québec s'est doté d'un laboratoire de référence de niveau 3 en biosécurité. L'accès à ce type de laboratoire est, à notre avis, fondamental.

Par contre, au niveau des vaccins, il se pose un problème. Il existe des opportunités importantes. Une stratégie nationale fut développée. Cette stratégie fait le consensus. Elle fut développée et approuvée par les ministres de la santé. Le problème existe toutefois au niveau des ressources, ce qui nous empêche d'utiliser et de bénéficier pleinement de ces nouveaux vaccins.



At this time, I would like to describe to you very briefly how Quebec's public health care system is set up. The lower part of the slide shows the different stages, the first having culminated in the drafting of a health and welfare policy in the early 1990s.

Various problems emerged in 1998. Outbreaks of meningococcal meningitis raised public awareness of our health care system's vulnerability. Tension was greatly eased as a result of consultations with Canadian and US experts.

In 2001, the Public Health Care Act was reviewed. This move came on the heels of the creation in 1998 of the Institut national de santé publique du Québec. In addition, the position of National Director of Public Health was created in Quebec to introduce some accountability at the provincial level and to ensure liaison with the other provinces and with the federal government.

The minister and the Institut national de santé publique represent the very heart of the system's structure. Public health branches operate at the regional level in 18 regions. Some regions such as Montreal are larger than others. At this time, I want to emphasize the links with the local community services centres, or CLSCs. Nearly 75 per cent of all health promotion, not health protection, activities are carried out by CLSCs.

Therefore, in Quebec, we have central, regional and local networks. We also have close ties to hospitals and ensure an active presence in these facilities.

Investing in the treatment of communicable diseases is unquestionably a critically important area. However, equally important is investing in the treatment of non-communicable or chronic diseases.

The other health determinants are fundamentally interrelated. Should systemic problems arise, whether it be an outbreak of a disease or bioterrorism, it is important that we be prepared. Emergency preparedness also requires some investment, not only at the federal level, but at the provincial, regional and local levels as well. In our opinion, a single national agency staffed with experts would not meet current system requirements.

If we use the example of the SARS outbreak last spring, it would certainly have proven useful to have a national agency. However, that would not have resolved the problem of needing to network with institutions in one of more regions in an effort to prevent outbreaks of this nature.

Therefore, the focus should be on investments that target the entire health care system.

We need to work with the most convincing scientific data. Quebec's public health program has identified 25 areas for targeted action based on scientific evidence. This type of activity is useful, and necessary. Failure to invest today often ends up costing us dearly down the road.

J'aimerais profiter de cette occasion pour vous expliquer brièvement l'organisation de la santé publique au Québec. Le bas de la diapositive illustre les différentes étapes, la première étant celle qui a mené à l'élaboration de la politique en santé et bien-être au début des années 1990.

En 1998, différents problèmes se sont produits. Des épidémies de méningite à méningocoque ont permis de sensibiliser les gens à la vulnérabilité de notre système. La consultation auprès d'experts canadiens et américains a beaucoup aidé.

En 2001, la Loi sur la santé publique a fait l'objet d'une révision. Toutefois, en 1998, on avait déjà créé l'Institut national de santé publique du Québec. On a créé également un poste de directeur national de santé publique, poste qui n'existait pas au Québec, afin qu'il y ait une imputabilité, qu'il existe une personne responsable à l'échelle de la province, et qu'il puisse y avoir un lien avec les autres provinces et le gouvernement fédéral.

L'organisation est centrée sur le ministre et l'Institut national de santé publique. Les directions de santé publique sont au niveau régional. Ils comprennent 18 régions. Certaines régions, comme celle de Montréal, sont plus importantes que d'autres. Je souligne le lien avec les centres locaux de services communautaires, ou CLSC. Près des trois quarts de la capacité d'intervention en promotion de la santé, et non en protection, se retrouve au niveau des CLSC.

Nous avons donc, encore une fois, les niveaux central, régional et local. On pourra également faire le lien avec les hôpitaux, car nous y sommes très présents.

Il va sans dire que l'investissement dans le traitement des maladies transmissibles est essentiel. Toutefois, il est également important de considérer l'investissement dans le traitement des maladies non transmissibles ou chroniques.

Les autres déterminants de la santé sont liés les uns aux autres. Ce lien est un élément fondamental. Nous devons être prêts, en cas de problèmes systémiques, qu'il s'agisse d'éclosion ou de bioterrorisme. Ces provisions nécessitent également des investissements. Les investissements doivent se faire non seulement au niveau central, mais au niveau des provinces, des régions et au niveau local. La création d'un seul centre national possédant capacité et expertise, à notre avis, ne suffirait pas à répondre au besoin actuel du réseau.

Si on reprend l'exemple du SRAS, au printemps dernier, un centre d'expertise national aurait certes été utile. Toutefois, il n'aurait pas résolu le problème de la capacité à travailler avec les établissements dans une ou plusieurs régions afin de prévenir ce type de situation.

Il est donc important de considérer un investissement qui s'applique à l'ensemble du système.

Nous devons être capable de travailler avec les données scientifiques les plus probantes. D'ailleurs, le Québec s'est doté d'un programme de santé publique qui a identifié 25 cibles d'action basées sur des preuves scientifiques. Voilà le genre d'activité utile et nécessaire. En matière de santé publique, l'investissement qui ne s'effectue pas au présent occasionne souvent des coûts importants au futur.



One area that has been targeted for investment and improvement is the creation of Canadian centres and networks of excellence. Other initiatives are still in the planning stages.

Problems remain with recruitment and manpower training, as well as with research and innovation.

On the subject of outbreaks, to date, we know very little about how to deal with the psychosocial problems associated with outbreaks, the repercussions of which can often be catastrophic.

Therefore, investing in the treatment of psychosocial disorders is critically important. I am not talking here about basic research, but rather about applied research.

Summing up, we face a number of challenges. We need to legally agree on core public health functions. While an agreement is in place between public health stakeholders, the terms of the agreement must be legally recognized.

Another challenge is increasing coherence between programs to enhance cooperation, for example, with respect to emergency preparedness. The system must not be inflexible. Flexibility between established structures must be maintained, as must links that ensure effective health care delivery. The roles and responsibilities of each stakeholder must be clearly identified.

Finally, there is no question that new funding is required. As some have pointed out, it is not a matter of investing in existing areas in order to make the same mistakes again. It is a matter of saying what needs to be done, not only in terms of infrastructure, but in terms of programs and activities as well. Quebec has made great strides by putting in place major infrastructure. However, program funding remains a problem area, one that greatly impedes our ability to act. It is important to focus on programs as well as on infrastructure, on developing expertise, on training, on research and on surveillance systems — as others have noted — all of which are core areas.

On the accountability issue, people have often wondered if perhaps a responsible, accountable persons should be appointed to hold office in this field in Canada. Obviously, workers across the full health network are accountable, but ultimately, individuals should be accountable, on behalf of the ministers, to the public for certain questions. Currently, that is not the case.

On the communications question, I will not get into that too much. A considerable effort was made during the SARS outbreak, but considerably more work remains to be done, not only within the health care network, but also within the community at large.

Les secteurs dans lesquels il est nécessaire d'investir, et où il y a eu de l'amélioration, comprennent la création de centres et de réseaux d'expertise canadiens. D'autres initiatives sont en cours d'élaboration, mais ces centres représentent une nette amélioration.

Le problème de formation de la main-d'œuvre et du recrutement existe toujours. Également, il ne faut pas oublier les problèmes de la recherche et de l'innovation.

J'aimerais à nouveau soulever la question d'éclosion. À ce jour, nous connaissons très peu de moyens d'intervention en ce qui a trait aux problèmes psychosociaux en termes d'éclosion. Le problème de la recherche peut augmenter l'impact de ces situations souvent catastrophiques.

L'investissement dans le traitement des problèmes psychosociaux est donc important. Il ne s'agit pas ici de recherche fondamentale mais de recherche appliquée.

En résumé, voici les défis auxquels nous devons faire face. Nous devons nous entendre de façon légale sur les fonctions essentielles en matière de santé publique. Il existe une entente entre les intervenants en santé publique. Cette entente doit toutefois être consignée et reconnue légalement.

Il doit exister une cohésion entre les programmes afin de favoriser la collaboration, par exemple, pour la préparation en situation d'urgence. Le système ne doit pas nécessairement être intransigeant. Il doit être flexible, mettant en valeur les structures établies, et à l'intérieur duquel on élabore des liens afin de permettre un travail efficace, en précisant les rôles et les responsabilités de chacun des intervenants.

Enfin, il est certain qu'on doit avoir un investissement. Comme certains le rappellent, il ne s'agit pas d'investir dans les mêmes domaines qui existent maintenant pour répéter les mêmes problèmes, mais bien de dire comment on doit faire, non seulement au niveau de l'infrastructure, mais aussi des programmes et des activités. Au Québec, on s'est doté d'une infrastructure majeure, qui a été une grosse amélioration, mais il y a encore des problèmes de financement pour des programmes, ce qui limite encore beaucoup la capacité d'agir. Il faut penser non seulement infrastructure, mais aussi programme. Il faut penser développement de l'expertise, de la formation, de la recherche et des systèmes de surveillance — vous avez déjà eu des présentations sur ce sujet — qui nous apparaissent fondamentaux.

Pour ce qui est de la question d'imputabilité, les gens ont beaucoup posé la question de savoir s'il devrait y avoir au Canada une personne responsable, imputable. Il est évident que c'est tout un réseau qui est imputable, mais je crois que, en bout de ligne, des personnes doivent être responsables pour répondre au public sur les sujets en question, au nom des et avec les ministres, qui sont toujours responsables pour l'ensemble des activités. Cela n'existe pas actuellement.

Enfin, il y a la question des communications, je n'insisterai jamais trop là-dessus. Des efforts très importants ont été faits sur le SRAS, mais on a encore beaucoup de travail à faire, non seulement au sein du réseau de santé, mais également auprès de la population.



In conclusion, Canada's public health care network remains fragmented and vulnerable to current constraints. The system's considerable strengths have made it possible to weather a major crisis like the one recently experienced. However, the crisis also revealed the system's limitations. In the short term, settling for the status quo could prove potentially dangerous, particularly if two crises were to erupt simultaneously in the same region. Experience has clearly shown that we would not be able to weather this kind of storm. An outbreak of SARS, coupled with a West Nile Virus alert, could be enough to paralyze our health care system. In the medium term, the status quo is costly in terms of care and services.

In my view, we must strike a better balance between prevention in the broad sense of the word, including health protection and health care. At present, an imbalance exists.

In recent years, Quebec has established a legal framework and infrastructure at the local, regional and provincial levels with the capability of meeting new public health care challenges. Although of significant importance to us, funding remains a critical issue and a fundamental concern, since our ability to act is directly tied to funding levels.

Lastly, the tools to improve systems are within our grasp. We must follow the lead of a number of other countries that have faced similar situations. Specific, concerted efforts are needed, at the federal, provincial and territorial levels, to meet current health care needs.

[English]

**The Chairman:** Thank you, Dr. Massé. We now know what the problem is, but how do we solve it? I agree with everything you said. You spoke about the need for legally recognized jurisdictions to respect each other's roles and responsibilities.

You have been around the system long enough to understand the inevitable quagmire that results the minute you try to get federal and provincial, and to a lesser extent provincial and municipal governments, to deal with the issues, roles and responsibilities that can turn out to be a never-ending discussion in which nothing happens.

How do we short-circuit that process and put in place something that actually works, even if it does not necessarily respect the exact letter of the law?

I am not looking for a new federal role. That is not my issue here. My issue is how we actually solve the problem. Can you give us any insight as to what the federal government could do to begin to address the issues that you have discussed?

**Dr. Massé:** I believe that we should have a legal basis for the definition of role and responsibilities. If we try to change the legislation without knowing exactly where we stand and what the

En conclusion, le réseau de santé publique au Canada est un système encore fragmenté, vulnérable face aux contraintes actuelles. Dans ce système, on a des forces significatives qui ont permis de faire face à une crise majeure comme celle qu'on a connue, mais les crises ont montré les limites du système. À court terme, le statu quo du système est potentiellement dangereux, particulièrement si on rencontre deux situations critiques en même temps dans une même région. Il a été bien démontré qu'on n'était pas capable de faire face à de telle situation. Si on cumule le SRAS avec le virus du Nil occidental, la capacité d'agir se trouve complètement paralysée. À moyen terme, le statu quo est coûteux en termes de soins et de services.

Un meilleur équilibre, selon moi, est essentiel entre la prévention, prise au sens large — incluant la protection de la santé — et le recouvrement de la santé. Ce n'est pas le cas actuellement, il y a un déséquilibre.

Le Québec s'est doté, au cours des dernières années, d'une base légale et d'une infrastructure, tant locale, régionale que provinciale, qui est potentiellement capable de répondre aux nouveaux défis de santé publique. Je pense que cela est très important pour nous, mais les enjeux de financement sont toujours présents et au cœur de nos préoccupations, puisque la capacité d'agir y est aussi directement reliée.

Enfin, les outils pour améliorer les systèmes sont à notre portée, à l'instar de ce qu'ont fait plusieurs autres pays à cet effet, confrontés à des situations similaires. On doit faire des efforts concrets, concertés, non seulement au niveau fédéral, mais aussi provincial et territorial pour répondre aux besoins actuels.

[Traduction]

**Le président:** Merci, docteur Massé. Nous connaissons maintenant le problème, mais il faut se demander comment le résoudre. Je suis d'accord avec tout ce que vous avez dit. Vous avez dit qu'il fallait définir légalement nos pouvoirs pour respecter les rôles et responsabilités de chacun.

Vous travaillez dans le réseau depuis assez longtemps pour savoir qu'on s'enlise inévitablement dans un bourbier dès qu'on demande aux administrations fédérale et provinciales, et dans une moindre mesure aux administrations provinciales et municipales, de définir les problèmes, les rôles et les responsabilités parce que la discussion n'en finit plus et n'aboutit à rien.

Comment couper court à ce processus et mettre en place une structure qui fonctionne, même si elle ne respecte pas nécessairement la loi à la lettre?

Je ne cherche pas nécessairement à confier un nouveau rôle au gouvernement fédéral. Ce n'est pas mon objectif. Ce que je veux, c'est trouver comment régler le problème. Pouvez-vous nous indiquer ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour commencer à régler les problèmes dont vous nous avez parlé?

**Le Dr Massé:** Je crois qu'il faudrait avoir un fondement légal permettant de définir les rôles et les responsabilités. Si on essaie de changer la loi sans savoir exactement ce qu'on veut et sans

will is behind it, and without a clear picture from everyone, it will be difficult to accept. We have been working in consultation with the federal government to change the legislation and it has been a difficult process.

Elsewhere in the world the federal government usually invests most of the funds that go into public health; that is not the case in Canada. In Canada the provinces invest most of the funds. I am not saying that the federal government does not invest, but not to the extent that other federal government invest.

If there was shared responsibility, as there was for medicare or hospital insurance in the past, we would see a real will from the federal government to reach agreement on what changes should be made.

The provinces should pay part of the cost, but not most of it. The provinces are already investing between \$800 million to \$1 billion for public health activities. The federal government is investing, but not nearly as much as the provinces.

If there is seen to be a willingness, the provinces will agree that, with the new financing, new roles and responsibilities should be determined. There must be more than money put on the table. There must be an agreement for reassigning roles and responsibilities, and then we can discuss legislation.

**The Chairman:** I agree with you that if the federal government is going to transfer money, it has the right to know where the money is being spent.

Suppose that, instead, the federal government hires a significant number of epidemiologists as public servants and places them across the country. Instead of giving cash, the federal government would give payment in kind, which happens to be a certain number of people to do various things. That has two advantages, in addition to the disadvantage that it may not be perfect in the organizational sense. The big advantages are that it gets around all the jurisdictional issues and it puts in a place a surge capacity to have the federal government bring together, anywhere in the country, a significant number of people at a time of crisis. It avoids the classic jurisdictional argument, which is, "Send money no strings attached," which I think is absolutely a non-starter.

I am looking for creative ways around what has historically been the roadblock. Can it work if, instead of just sending cash, the federal government does payments in kind, such as sending people?

**Dr. Massé:** If certain provinces agree to receive those experts and include them in their own activities, there would be a shared responsibility and they would be completely integrated in the provinces.

**The Chairman:** That kind of integration is exactly what I was talking about. Can that work?

connaître précisément la situation de chacun, ce sera difficile à accepter. Nous essayons de changer la loi en consultation avec le gouvernement fédéral, et la démarche s'avère difficile.

Ailleurs dans le monde, c'est le gouvernement fédéral qui investit normalement le plus dans la santé publique; ce n'est pas le cas au Canada. Au Canada, ce sont les provinces qui financent le plus ce secteur. Je ne dis pas que le gouvernement fédéral n'investit pas, mais il ne le fait pas autant que d'autres administrations fédérales dans le monde.

Si la responsabilité était partagée, comme elle l'était avant pour les assurances maladie et hospitalisation, le gouvernement fédéral manifesterait une volonté réelle de s'entendre sur les changements à apporter.

Les provinces devraient payer une partie des coûts, mais pas la plus grande partie. Elles versent déjà entre 800 millions et un milliard de dollars dans la santé publique. Le gouvernement fédéral investit, mais beaucoup moins que les provinces.

Si on sentait cette volonté réelle, les provinces accepteraient qu'avec un nouveau financement les rôles et les responsabilités soient redéfinis. Il faut proposer autre chose que de l'argent. On doit s'entendre pour réviser les rôles et les responsabilités de chacun, et on pourra ensuite discuter d'une mesure législative.

**Le président:** Comme vous dites, si le gouvernement fédéral verse de l'argent, il a le droit de savoir comment il est dépensé.

Disons que le gouvernement fédéral décide plutôt que la fonction publique va recruter un bon nombre d'épidémiologistes dans toutes les régions du pays. Au lieu de verser de l'argent, le gouvernement fédéral investit en faisant travailler des spécialistes. Si cette décision n'est peut-être pas idéale sur le plan organisationnel, elle comporte des avantages. Surtout, elle permet de contourner tous les problèmes d'attribution de pouvoirs et d'accroître la capacité d'intervention en période de crise, partout au Canada. Cette décision permet d'éviter l'argument classique selon lequel on veut recevoir de l'argent sans condition, ce qui est tout à fait inadmissible, à mon avis.

Je cherche de nouveaux moyens de surmonter cet obstacle historique. Est-ce que ce serait acceptable si, au lieu d'envoyer de l'argent, le gouvernement fédéral fournissait du personnel?

**Le Dr Massé:** Si des provinces acceptent d'accueillir ces spécialistes et de les intégrer à leurs activités, la responsabilité serait partagée et ils participeraient de façon pleine et entière au travail des provinces.

**Le président:** C'est exactement le genre d'intégration dont je parle. Est-ce que cela peut fonctionner?



**Dr. Massé:** I am not sure the provinces would agree to that. Provinces that do not have the capacity right now will accept, but other provinces will feel that it is going much beyond the actual responsibility of federal government, which can be discussed and increased.

I think it would not be acceptable for most provinces. If you have two public health teams the one that is within the province is linked with services. I have pointed out that it is essential to have a strong link between public health and health recovery. If we have one team financed by the province, and another team paid by the federal government and there is not a close link that is accepted between them, then that model will not work. There is also a strong danger of isolation or separation between the two sectors. I expect that many provinces will be reluctant to accept that model.

It would be much better to negotiate with the provinces beforehand and see how the model might work. Your solution is a rapid one that can be implemented quickly. However, there is danger of distrust and little coordination in that model and I would be reluctant to recommend it.

Obviously if there is an agreement between the provinces and the federal government that those people are included or imbedded within the public health structure in the provinces, and are spending money with specific purposes that can be done and can become useful.

The conditions that are necessary for that model to work are negotiation a priori and not a decision from the federal government to pronounce a new structure and I think it has done its share.

**The Chairman:** I agree that unless it is completely integrated it is a crazy thing to do, and you have suggested that some provinces would have a difficult time trying to achieve that degree of integration. I like your word even better. It would be difficult to imbed them into the existing system.

**Mr. Ron Zapp, Provincial Executive Director, British Columbia Centre for Disease Control:** In B.C. we have a long relationship with an EPI field service, where we have two or three officers a year on rotation who come and serve very well.

As you pointed out, these people are our surge capacity as assist as events occur in a community. It is typically the field EPI from Health Canada who assists the community physicians and augments our staff to be more effective in the regions where help is needed.

**The Chairman:** To that extent it does work in some places?

**Mr. Zapp:** Yes, it does work very well.

[Translation]

**Senator Morin:** I have tracked your career from a distance. For several years, you were responsible for public health and now, you are the Director of the Institut.

**Le Dr Massé:** Je ne suis pas sûr que les provinces vont l'accepter. Les provinces qui n'ont pas les ressources voulues vont être d'accord, mais d'autres vont avoir le sentiment que le gouvernement fédéral outrepassé ses responsabilités, qui peuvent être examinées et accrues.

Je pense que la plupart des provinces ne l'accepteront pas. Si vous avez deux équipes de santé publique, celle de la province a des services à assurer. J'ai souligné qu'il est essentiel d'établir un lien solide entre les soins et les services de santé publique. Si une équipe est financée par la province et une autre par le gouvernement fédéral, sans qu'il n'y ait de lien étroit entre les deux, les choses ne vont pas fonctionner. Les deux risquent fort de travailler isolément, chacune de leur côté. Je pense que bien des provinces vont hésiter à accepter cette solution.

Il vaudrait mieux d'abord négocier avec les provinces pour déterminer si la formule peut fonctionner. La solution que vous proposer peut être mise en oeuvre rapidement. Il y a un risque de méfiance et de manque de coordination à l'égard de ce modèle que j'hésiterais à recommander.

Évidemment, si les provinces et le gouvernement fédéral s'entendent pour intégrer ces employés à la structure de santé publique des provinces et que des fonds sont consacrés à des objectifs précis, c'est une formule possible qui peut être utile.

Pour que ce modèle fonctionne, il est nécessaire que le gouvernement fédéral négocie au préalable avec les provinces avant de décider d'adopter une nouvelle structure, et je pense qu'il a fait sa part.

**Le président:** Il est vrai que s'il n'y a pas intégration complète, c'est ridicule, et vous avez indiqué que certaines provinces auraient du mal à intégrer ces employés à ce point. Comme vous dites, il serait difficile qu'ils deviennent partie intégrante du système existant.

**M. Ron Zapp, directeur exécutif provincial, British Columbia Centre for Disease Control:** En Colombie-Britannique, nous collaborons depuis longtemps avec un service régional du PEV doté de deux ou trois spécialistes qui viennent y travailler par roulement chaque année.

Comme vous l'avez souligné, ils viennent nous prêter main-forte quand des incidents surviennent dans une localité. C'est normalement le service régional du PEV de Santé Canada qui vient aider les médecins sur place pour nous permettre de faire davantage dans les régions qui ont un besoin accru.

**Le président:** Dans cette mesure, la formule fonctionne à certains endroits?

**M. Zapp:** Oui, elle fonctionne très bien.

[Français]

**Le sénateur Morin:** J'ai suivi votre carrière de loin: vous avez été responsable de la santé publique pendant plusieurs années, et vous êtes maintenant directeur de l'institut.

In your closing remarks, you stated that Canada's public health care system was fragmented, vulnerable and under-funded. You talked about targeted transfers of funds and noted that the federal government should strengthen and increase funding to its own programs.

No doubt you have heard rumours about the possible establishment of a federal agency with the specific mandate of overseeing public health issues and dealing with emergencies that might arise.

I am very interested in the model as reflected in the Institut national de santé publique that you head up. This institute is unique in Canada in that it has no direct responsibility to intervene in a particular situation. That responsibility falls to the director general of public health and to regional directors. The institute does not intervene directly. I see here a certain parallel with the federal government which of course has no direct responsibility to intervene in this area.

Could we transpose the institute model to a federal agency, with the obvious variations, which would be given responsibility for education and research, and in particular, for resource mobilization?

If I understand correctly, your institute is facing a crisis. You know of resources outside certain regions that could be mobilized. You have expertise on which to draw, namely consultant and laboratory services. I am thinking here about laboratories in Winnipeg, Guelph and other locations that could be assigned certain functions.

Do you see where I am going with my question? You have a model that is different from the one in British Columbia where the focus is on infectious diseases, poisoning and radiation. Your institute deals with public health issues, risk factors, chronic diseases and so forth. Other models are more focused on acute crises such as outbreaks of infectious diseases, poisonings or radiation problems.

In light of your expertise and past incidents in Toronto and British Columbia and given the extremely effective Quebec model, in your opinion, could this model serve as a template for a future federal agency?

**Dr. Massé:** We could certainly capitalize on this model. As you pointed out, the British Columbia agency predates the creation of the Institut national de santé publique. However, that agency's mandate is somewhat more limited. Nevertheless, there are a number of similarities between the BCCBC and the Institut national de santé publique. Again, though, our mandate is somewhat broader.

I am favourable to the idea of creating a national agency to provide expertise in emergencies and training support, to define research requirements and to work with the Canadian Institutes of Health Research to address needs. I had an opportunity to discuss this idea with Dr. David Miller and we were in agreement.

Dans votre conclusion, vous dites que le système de santé publique au Canada était fragmenté, vulnérable et sous-financé. Vous avez parlé des transferts de ressources, des transferts ciblés, et que le fédéral devait fortifier ses propres programmes et ajouter des ressources.

Vous avez sûrement entendu parler de la création possible d'une agence fédérale spécifiquement orientée vers la question de santé publique et qui pourrait répondre aux problèmes urgents qui peuvent survenir.

Je suis très intéressé par le modèle que représente l'Institut national de santé publique que vous dirigez. C'est un modèle unique au pays, qui n'a pas de responsabilité directe d'intervention face à une situation particulière. C'est la responsabilité du directeur général de la santé publique et des directeurs régionaux. L'institut est hors du champ d'intervention directe. J'établis un certain parallèle avec la situation du fédéral, qui n'a pas, évidemment, de responsabilité directe.

Le modèle représenté par l'institut pourrait-il, jusqu'à un certain point, être transposé, en modifiant évidemment les choses qui doivent l'être, à une agence fédérale avec la responsabilité d'enseignement et de recherche, mais surtout de mobilisation des ressources?

Si je comprends bien, votre institut est en situation de crise. Vous avez la connaissance des ressources, qui sont en dehors d'une certaine région, qui peuvent être mobilisées. Vous avez aussi une expertise dont le service de consultation et les laboratoires. Je pense aux laboratoires de Winnipeg, de Guelph et aux autres qui pourraient avoir les fonctions.

Voyez-vous le sens de ma question? Vous avez un modèle qui est différent de celui de la Colombie-Britannique qui, lui, est orienté directement sur les maladies infectieuses, les intoxications et les radiations. Votre institut couvre l'ensemble de la santé publique, les facteurs de risque, les maladies chroniques et cetera. D'autres modèles sont plus orientés vers les crises aiguës, infectieuses, d'intoxications, de problèmes de radiation.

Avec l'expérience que vous avez et suite à la situation vécue à Toronto et en Colombie-Britannique, et compte tenu du modèle québécois qui fonctionne très bien, pensez-vous que celui-ci pourrait servir de modèle de base sur lequel nous pourrions construire une agence fédérale?

**Dr Massé:** C'est un modèle sur lequel on pourrait capitaliser. En Colombie-Britannique, comme l'avez bien souligné, il existait un tel modèle avant l'Institut national de santé publique, toutefois les mandats sont un peu plus restreints. Il y a quand même assez de similarités entre le BCCBC et l'Institut national de santé publique, mais, comme vous l'avez mentionné, nos mandats sont plus larges.

Il serait positif d'avoir une agence canadienne qui aurait un rôle d'expertise de support en cas de besoin, support au niveau de la formation et pour définir les besoins de recherche et travailler avec les Instituts de recherches en santé du Canada pour voir si cela convient aux besoins. J'ai eu la chance de pouvoir discuter



However, establishing a stand-alone central agency would be problematic.

Dr. Miller felt that a Canadian health care network could be developed without having to establish public health care institutes in every single province. A central agency could network with a lab in Winnipeg. In fact, a pan-Canadian network would guarantee third line services and even more specialized services, where necessary, for example in Winnipeg.

This is one type of model that we could embrace. Is it feasible to have a national agency with a very broad mandate? Eventually it might be feasible, but initially, the agency should focus on immediate needs and then gradually expand its focus. Several scenarios are possible. We would be very interested in taking a collaborative approach, as we increasingly do with the Canadian Institutes of Health Research. We are also keen on collaborating more extensively with other pan-Canadian organizations. I believe we can draw some inspiration from this type of model.

I want to emphasize that a networking approach must be adopted. Funding cannot be restricted to a central agency, solely as a means for one stakeholder of easing his conscience. Investing in a central agency would not resolve the problem of ensuring that the regions have the capability of dealing with issues. When a problem arises in Montreal, it is critical that an operational network of experts be in place to respond. The institute is there to lend its support and a national agency would be a added tool in our arsenal.

Components of the national agency's mandate could be assigned to and executed by the regions or by the provinces. Close cooperation could become the order of business.

**Senator Morin:** Thank you very much. Again, congratulations on the excellent work that you are doing.

[English]

**The Chairman:** Thank you very much. I want to return to the notion of the kind of coordination that could occur between the network institutes. One of our difficulties is that the provinces are of different sizes. Mr. Zapp has a large group in British Columbia whereas in Saskatchewan and Nova Scotia the groups are much smaller.

In the event of a crisis, would the federal government and some of the larger provinces become part of the surge capacity that would move in to provide assistance to the smaller provinces? Is that an unreasonable proposition?

**Dr. Massé:** I think it is a reasonable proposition and part of the model that I would seek. Certain provinces are ready to deal with the larger capacities because they have the necessary infrastructures; other provinces may benefit from the structure that is already in place, or the new capacity that would be developed.

avec le docteur David Miller et nous étions d'accord sur ce point. Mais si ce n'était que d'avoir une agence centrale, ce serait un problème.

Le docteur Miller était d'accord pour la création d'un réseau canadien qui pourrait très bien se développer sans que cela nécessite qu'il y ait des Instituts de santé publique dans chacune des provinces. Il pourrait y avoir une agence centrale avec un réseautage comme au laboratoire de Winnipeg, où il y a un réseautage pan-canadien qui rend le réseau efficace et qui permet d'avoir des services de troisième ligne et même plus spécialisés, dans certains cas, à Winnipeg quand c'est nécessaire.

Je vois que c'est un modèle qui pourrait être suivi. Au niveau canadien, peut-on partir avec une agence qui aurait un mandat très large? Peut-être éventuellement, mais au début, elle pourrait se concentrer sur les besoins immédiats et élargir progressivement ses mandats. Il y a plusieurs scénarios. Nous serions très intéressés à collaborer, comme on le fait de plus en plus avec les Instituts de recherches en santé du Canada. Nous voulons aussi le faire de plus en plus avec les autres organisations pan-canadiennes. Je pense que cela pourrait être un modèle inspirant.

J'insiste pour dire que cela doit être un réseautage. Il ne peut y avoir qu'un investissement central. Ce serait, à mes yeux, se donner bonne conscience. Un investissement central ne réglerait pas le problème où l'on doit aussi avoir le même genre de capacité pour les régions. Quand il arrive un problème à Montréal, il faut que Montréal soit capable d'avoir immédiatement un réseau fonctionnel avec des experts pour y répondre. L'institut peut les supporter et s'il y avait une agence canadienne l'on pourrait avoir un outil complémentaire qui nous aiderait.

Certains mandats de cette agence nationale pourraient être faits par les régions ou les provinces, et ce pour l'ensemble du Canada. Une collaboration assez étroite pourrait s'installer.

**Le sénateur Morin:** Je vous remercie beaucoup et je vous félicite, encore une fois, pour votre travail.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup. J'aimerais revenir à la coordination qui pourrait être établie entre les instituts du réseau. Le fait que les provinces soient de taille différente pose un problème. Le groupe de M. Zapp est important en Colombie-Britannique, tandis qu'en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, les groupes sont beaucoup plus restreints.

En période de crise, est-ce que ce serait le gouvernement fédéral et certaines provinces plus importantes qui offriraient une plus grande capacité d'intervention et iraient fournir de l'aide aux petites provinces? Cette proposition est-elle irréaliste?

**Le Dr Massé:** Je pense que c'est réaliste et cela fait partie de la formule que je recherche. Certaines provinces sont déjà prêtes à offrir une capacité plus grande parce qu'elles ont l'infrastructure nécessaire; d'autres provinces peuvent profiter de la structure déjà en place ou de la nouvelle capacité qui serait offerte.

Certain provinces might accept resources from the federal government that would become embodied in their function. Others could do it through the structure that they have. If they need to develop a new function they would have to make the necessary investment. The change would not be cost-free. However, they could invest and then benefit from networking and from various mandates that would be transferred to them. That is why I insist that the investment should be discussed prior, to discuss the different needs of each province.

**The Chairman:** Your last sentence is critical to the subject at hand; too often, one of the problems with national programs is that they have little flexibility from one province to another.

What you are saying is that the federal government has a role, but the specific way it is actually applied would vary from province to province. It would be based less on the historical issue of constitutional questions and more on the existing capacity that each province has. Do you see a degree of flexibility in that and not necessarily the classic uniform national model?

**Dr. Massé:** Yes.

**The Chairman:** I do not see any other questioners for Dr. Massé. Senator Morin might want to come chat with you in the next couple of weeks.

Mr. Zapp, I was quite surprised to discover that your organization is a provincial organization. We have heard terrific reports on what work your organization performs and we are looking forward to hearing from you.

**Mr. Zapp:** Senators, thank you for this opportunity. Public health does not get out much. Acute care and the needs of our emergency rooms across the country seem to get all the attention, and that has been part of our public health problem.

I have a 20-year kind of passion for what we have been building in B.C. I started it as a collection of odds and sods that were related to public health and specialized disease interest in Vancouver. In 1985-86, we coined the title "British Columbia Centre for Disease Control" and have been building on it every since.

The British Columbia Centre for Disease Control serves roughly 4 million people. The entire process begins with individuals who seek out treatment. If the treatment concerns a communicable disease the physician is required to report that information to the province. The reports are then monitored by surveillance systems and research teams support that work.

Key to that model is what I see as a safety net. Doctors work with patients and give them information concerning our provincial centre as well as regional centres. The medical health officers, supported by the expert reference folks at the Centre for Disease Control determine whether there is indeed an outbreak, event, or an idea that might assist with community control of the disease.

Certaines provinces pourraient accepter que des ressources du gouvernement fédéral soient intégrées à leurs activités. D'autres pourraient intervenir avec la structure qu'elles ont. Si elles doivent implanter une nouvelle activité, il leur faudrait investir en conséquence. Les changements vont entraîner des coûts. Elles pourraient cependant investir et profiter du réseautage et des divers mandats qui leur seraient transférés. C'est la raison pour laquelle j'insiste pour dire qu'il faut discuter de l'investissement au préalable, pour connaître les besoins de chaque province.

**Le président:** Ce que vous venez de dire est crucial dans cette étude; en effet, trop souvent, les programmes nationaux ont l'inconvénient de ne pas pouvoir beaucoup s'adapter aux besoins de chaque province.

Vous dites que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer mais que, concrètement, il varierait d'une province à l'autre. Ce rôle dépendrait moins des questions d'ordre constitutionnel et davantage de la capacité dont chaque province dispose. Pensez-vous à une formule plus souple que celle qu'on applique habituellement de façon uniforme dans l'ensemble du pays?

**Le Dr Massé:** Oui.

**Le président:** On ne semble plus avoir de questions à poser au Dr Massé. Le sénateur Morin voudra peut-être poursuivre la discussion avec vous dans quelques semaines.

Monsieur Zapp, je suis surpris de constater que votre établissement est provincial. Nous avons entendu parler des activités de votre centre avec éloges, et nous sommes impatients de vous entendre.

**M. Zapp:** Je remercie les sénateurs de nous avoir invités. Les responsables de la santé publique ne sortent pas beaucoup. Ce sont les soins de courte durée et les besoins des salles d'urgence dans l'ensemble du pays qui semblent retenir l'attention, et c'est ce qui explique en partie notre problème de santé publique.

Il y a 20 ans que je me passionne pour ce que nous avons bâti en Colombie-Britannique. J'ai d'abord commencé à recueillir des informations sur la santé publique et à m'intéresser plus spécialement à la maladie à Vancouver. En 1985-1986, nous avons créé le «British Columbia Centre for Disease Control» qui continue d'évoluer depuis.

Notre centre sert environ quatre millions de personnes. D'abord, des gens viennent se faire traiter chez nous. S'il s'agit d'une maladie transmissible, le médecin doit la signaler à la province. Les rapports sont contrôlés par des systèmes de surveillance et des équipes de recherche collaborent à ce travail.

Notre modèle repose sur ce que j'appelle un filet de sécurité. Les médecins soignent les patients et leur donnent des informations sur notre centre provincial et les centres régionaux. Les médecins hygiénistes, avec l'aide des chercheurs du centre de lutte contre les maladies, déterminent s'il s'agit effectivement d'une épidémie ou d'un incident, ou s'il y a des renseignements qui pourraient aider à lutter contre la maladie dans le milieu.



We have a \$60-million dollar provincial purpose-built building with a state-of-the-art laboratory and clinic rooms for our services of which we are very proud. There are approximately 330 permanent FTEs in that building. We have some satellite services, but I will centre my discussions on how we network with the regional authorities and staff the field in different ways. We do have a satellite tuberculosis clinic in the Fraser Valley.

B.C. as a whole has a big concern around hepatitis. Largely, half of the reports that you see are for hepatitis A, B and C.

When we began the centre the original idea was to obtain clarity and develop better actions concerning communicable diseases. You will see that we have since broadened our scope to include environmental issues. The ministry continues to devolve direct service operations to our infrastructure. Interest in food, water, poison and radiation are activities on which we currently spend time. Dr. John Miller, who was our provincial health officer, early on in the creation of this organization was interested in more centres being established in B.C. Thus, we are broadening that base.

Our administration is different than other administrations. I came to this organization after serving different roles in the ministry of health. In the mid-1980s, we devolved to a separate-standing society. I was the Chief Executive Officer of that society and continue to be but under a different title. We now report to the Provincial Health Services Authority. At one point in our evolution, we were stand-alone as an incorporated society.

The major relationship that I have directly is with Dr. Robert Brunham, a partner of mine. He is the clinician who gives me a full vision of what is important and what is not and how we arbitrate in terms of activities in the centre. He is actually an employee of the University of British Columbia. That is a concept that we developed in our organization that I think you might like to consider. We have a very rich relationship with the university.

There is a UBC Centre for Disease Control and our vision is that our staff will be made up of UBC staff and have full academic expectations from the university as much as line authority and effect for how we go about our business.

They do the writing, research and teaching, but the ideal model is a 60-40 relationship: 60 service back to the people of B.C. and 40 to academic advancement. It is that kind of leading-edge expectations that the academic world has that is so important in ensuring that we have the best people available. As I think you have seen in the media, we have very well founded experts tending to our public health events.

We have an integrated organization particularly with epidemiologists and the laboratories in one building. The specialists share the hallways and that makes for the great atmosphere that we enjoy onsite. You get a feel for how they come together to support one another as a team. However, it has

Nous travaillons dans un immeuble provincial de 60 millions de dollars conçu expressément pour nous et doté d'un laboratoire à la fine pointe de la technologie et de salles de traitement dont nous sommes très fiers. Il y a environ 330 ETP permanents dans cet immeuble. Nous avons des bureaux satellites, mais je vais surtout parler de nos relations avec les autorités régionales et du personnel affecté dans les régions. Nous avons une clinique de la tuberculose dans la vallée du Fraser.

L'hépatite préoccupe beaucoup l'ensemble de la Colombie-Britannique. Généralement, la moitié des rapports produits traitent des hépatites A, B et C.

Au départ, le centre s'intéressait aux maladies transmissibles, pour obtenir des précisions à leur sujet et prévoir de meilleures interventions. Vous avez constaté que nous avons depuis élargi notre champ d'activité aux questions d'ordre environnemental. Le ministère continue de nous confier de nouvelles responsabilités. Les aliments, l'eau, les substances toxiques et les radiations sont maintenant des centres d'intérêt pour nous. Le Dr John Miller, qui était le médecin hygiéniste de la province, voulait, dès nos débuts, établir d'autres centres en Colombie-Britannique. Nous prenons donc de l'expansion.

Notre administration est différente de d'autres. Avant de travailler au centre, j'ai occupé différentes fonctions au ministère de la Santé. Au milieu des années 80, nous sommes devenus une société autonome. J'étais le président directeur général de la société, et j'occupe toujours les mêmes fonctions, mais le titre de mon poste a changé. Nous relevons maintenant de l'administration provinciale des services de santé. À un moment donné de notre histoire, nous avons été une société autonome constituée en corporation.

Je suis principalement en relation directe avec le Dr Robert Brunham, qui est un de mes associés. C'est un clinicien qui m'explique en détail ce qui est ou non important et contrôle les activités du centre. En fait, il travaille pour l'Université de la Colombie-Britannique. Nous entretenons des relations très étroites avec l'université, et c'est une formule que vous voudrez peut-être examiner.

Il y a un centre de lutte contre les maladies à l'Université de la Colombie-Britannique et, pour nous, nos employés vont aussi faire partie du personnel de cette université et y remplir toutes les exigences nécessaires, tout en contribuant à nos activités.

Ils rédigent des textes, font des recherches et enseignent et, idéalement, 60 p. 100 de leur temps serait consacré à servir la population de la Colombie-Britannique et 40 p. 100 au travail universitaire. Le milieu universitaire qui est à l'avant-garde nous offre un bassin d'employés parmi les plus compétents. Comme vous avez dû le voir dans les médias, nos experts qui s'occupent de santé publique sont très solides.

Le travail et les laboratoires des épidémiologistes est intégré à notre organisation. Les spécialistes se rencontrent dans les couloirs et l'atmosphère est très chaleureuse. Un esprit d'équipe s'est développé. Cependant, il a fallu du temps pour y arriver, mais nous avons réussi à créer des ponts et à amener les

been a struggle, but in the last 10 years has proven that we can build some effective bridges and work quite well and in attending to common problems across different specialties.

Our key functions include surveillance and response indications to disease, the prevention and control of disease, routine surveillance and monitoring, and programs to address or to offer prevention. There is also the infrastructure and, as has been noted, the requirement for training and academic pursuit.

The centre is enriched by its location. We are on the Vancouver General Hospital Precinct that covers three or more city blocks of health care services. The UBC Faculty of Medicine is very much a part of Vancouver General Hospital and our cancer agency, a member of our Provincial Health Service Authority, is a world leader in cancer pursuits. Across the street from them, they are building a new cancer research centre.

Like-minded people have come to the centre and have in turn enriched the environment with their approaches and technologies. It is a team operation. Our network is made up of public nurses, medical health officers and public health inspectors. They continue to be the key people that work in the communities. They know best how to rise to a need in the community and deal with it effectively, as well as where the reference point is that they go to in order to ensure that they are doing the absolute best they can to serve their community.

In the last year we have pulled together the non-communicable disease specialists and plan to get moving on the new breakout. This October they will meet with medical health and environmental officers to decide in which direction they should focus their attention.

The most important aspect of infrastructure is information. A past lab director of mine, Dr. Smith, once told me, "Mr. Zapp, we are in the information business." He was the director of the laboratory with 150 staff and all kinds of slides and beakers. If you think about it, that is true.

Since the late 1980s, we have been developing a public health information system, the i-PHIS. The "I" at the beginning of the acronym stands for Internet. Health Canada recognizes this as a tool that could be useful and have been helping us with the Canadian Integrated Public Health Surveillance system so that we can develop this tool for the rest of the country. We have an active collaborative interest in information leaders across the country, as well as medical health officers. Dr. D'Cunha is a collaborative member and is moving these interests forward.

Clearly, we need better tools. This is a very expensive enterprise and is time consuming. The public thinks we have real-time information and take real-time response to disease. The technology is there to do that and that is what we want to do, but it will take a lot of time, effort and funding.

spécialistes des différentes disciplines à chercher ensemble comment régler des problèmes communs.

Nous nous occupons surtout de surveillance et d'intervention en cas de maladie, de prévention et de lutte contre les maladies ainsi que de surveillance de routine, et nous offrons des programmes de prévention. Il y a aussi une infrastructure et, comme on l'a dit, nous faisons de la formation et de l'enseignement.

Le centre est très bien situé, sur les terrains de l'Hôpital général de Vancouver qui s'étend sur au moins trois coins de rue. La faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique fait partie intégrante de l'Hôpital général de Vancouver et le centre de cancérologie, qui fait partie de l'administration provinciale des services de santé, est un chef de file mondial dans le domaine. On est d'ailleurs en train de construire en face un nouveau centre de recherche sur le cancer.

Le centre s'est enrichi grâce aux méthodes et aux techniques apportées par des gens aux vues similaires. C'est un travail d'équipe. Notre réseau est composé d'infirmières, de médecins hygiénistes et d'inspecteurs de la santé publique. Ce sont eux avant tout qui travaillent auprès des gens. Ils savent très bien comment répondre aux besoins de la population et qui consulter afin de tout mettre en oeuvre pour bien la servir.

Depuis un an, nous avons réuni des spécialistes des maladies non transmissibles et planifier le nouveau projet. En octobre, ils vont rencontrer les médecins hygiénistes et les experts de l'environnement pour déterminer l'orientation à prendre.

L'information est l'aspect le plus important de l'infrastructure. D'ailleurs, un ancien directeur de laboratoire avec qui j'ai travaillé, le Dr Smith, m'a déjà dit que nous oeuvrons dans le domaine de l'information. Il dirigeait un laboratoire où 150 personnes manipulaient toutes sortes de platines et d'éprouvettes. Quand on y pense, c'est vrai.

Depuis la fin des années 80, nous élaborons un système d'information sur la santé publique, le i-PHIS. Le «I» devant le sigle signifie que c'est sur Internet. Santé Canada reconnaît que cet outil a été utile pour le Système canadien intégré de santé publique et qu'on pourrait l'étendre au reste du pays. Nous voulons collaborer activement avec des chefs de file dans le domaine de l'information au Canada, ainsi que les médecins hygiénistes. Le Dr D'Cunha travaille justement avec nous à ce sujet.

Il est clair que nous avons besoin de meilleurs outils. C'est une entreprise de longue haleine qui coûte très cher. La population pense que les informations et les interventions au sujet de la maladie sont en temps réel. La technologie permet qu'il en soit ainsi et c'est l'objectif que nous visons, mais il faudra y consacrer à la fois temps, énergie et argent.



Our infrastructure enjoys support and technology in the Vancouver area. I have learned that in the last five years an additional \$3 billion has flowed into technology development. That is important as we view developing information and information systems for the country.

How do we make this thing work? We have these neat pieces and seem to be doing the right things. The British Columbia Centre for Disease Control is an accredited agency of the Provincial Health Services Authority. There is a cycle that ensures that we look hard at how we go about putting the parts together and ensuring that they are doing the best they can with the resources they have in order to achieve the best effect.

I know you are well aware of the Canadian Council on Health Services Accreditation. It is an important piece, as it goes to ensuring that accountability and performance expectations for our centre.

I believe in our performance framework. When I look back at the 1980s, I remember telling my doctor directors that we had to set objectives and how difficult that was for them to want to do. Yet now, we actually look at our performance interests based on our six goals and ask ourselves: What we can do better this year to show that we have a better service?

We performed a hindsight look at how that supports SARS. If you are to be effective at responding to new disease, what are you doing about it? How effective are our surveillance systems? How do you monitor your systems? How do you enact them to be effective in the provinces?

We tend to those functions. There are key words such as "informatics," "innovation" and "leadership." Those key words encourage us to do our jobs well.

If you want to have a real-time look at the evolving document, the performance plan is on our Website. It is all based on the following: We have to do better. We must plan, do, study, and act. My medical director now thinks research when we have our conversations. We are able to talk to one another more effectively. His academic interest provides a workable synergy between the two of us.

B.C. has double the interest in hepatitis than any other province. We have created an integrated task force and initiatives for community development for hepatitis programs in the province.

Within the aspect of biohazard response management we connect effectively with medical health officers. Following 9/11 they set out the plan of how to get better organized concerning bio-terrorism and the best model to follow. Certainly other provinces recognize that the key is the effective support of medical health officers in the appropriate communities. We are not a new agency or suggesting that we are able to do things the best way. Our objective is to ensure that we provide the best assistance possible in any event that occurs.

Notre infrastructure bénéficie d'un soutien et de la technologie dans la région de Vancouver. J'ai appris que, depuis cinq ans, on avait injecté trois milliards de dollars de plus dans le développement de la technologie. C'est important si nous voulons implanter des systèmes d'information dans notre pays.

Comment le système fonctionne? Nous avons de bons éléments et nous faisons ce qu'il faut. Notre centre de lutte contre les maladies est un établissement accrédité de l'administration provinciale des services de santé. Il y a un mécanisme établi pour assurer que nous examinons de près comment les rouages doivent s'imbriquer afin de maximiser l'utilisation des ressources en vue d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

Je sais que vous connaissez bien l'existence du Conseil canadien d'agrément des services de santé. C'est un organisme important qui veille à ce que notre centre travaille de façon responsable et fournisse le rendement attendu.

Je crois en notre cadre de rendement. Dans les années 80, c'était difficile pour les directeurs médicaux du centre de fixer les objectifs que je leur demandais. Pourtant, maintenant, nous évaluons nos intérêts de rendement en fonction des six objectifs que nous nous sommes fixés, et nous nous demandons si nous pouvons faire mieux cette année pour montrer que nous offrons un meilleur service.

Nous avons fait une analyse a posteriori du SRAS. Si on veut réagir efficacement à une nouvelle maladie, que faut-il faire? Nos systèmes de surveillance sont-ils efficaces? Comment vérifier les systèmes? Comment les implanter pour qu'ils soient efficaces dans les provinces?

Ce sont nos objectifs. Des mots clés comme «informatique», «innovation», et «leadership» nous encouragent à bien travailler.

Vous pouvez consulter notre plan de rendement sur notre site Web pour avoir une idée de ce qu'il propose actuellement. Il repose sur un énoncé: nous devons faire mieux. Nous devons planifier, étudier et agir. Le directeur médical du centre me parle de recherches; nos conversations sont plus fructueuses et ses intérêts scientifiques créent une synergie solide entre nous.

La Colombie-Britannique s'intéresse deux fois plus à l'hépatite que toute autre province. Nous avons formé un groupe de travail intégré et pris des initiatives pour mettre sur pied des programmes liés à l'hépatite dans les localités de la province.

Pour ce qui est de la gestion des interventions en cas de risques biologiques, nous entretenons de bonnes relations avec les médecins hygiénistes qui, à la suite des événements du 11 septembre, ont prévu une meilleure organisation et un meilleur protocole à suivre en cas de bioterrorisme. D'autres provinces reconnaissent sûrement qu'il est essentiel d'avoir le soutien des médecins hygiénistes dans le milieu. Nous ne prétendons pas pouvoir mieux faire que les autres. Nous voulons seulement nous assurer d'apporter le meilleur secours possible quoi qu'il arrive.



The SARS outbreak was very complex. At the time of the crisis, our Provincial Health Officer, Dr. Perry Kendall was instrumental in ensuring that the province did all the right things concerning the outbreak. We were very much his reference point and also the reference point for activities in the Vancouver and the Fraser Valley regions. This gives you an idea of how complex the problem is and how badly we need to think of how a national network can better improve our ability to deal with those kinds of issues.

Where are we going? There is the national CDC. As well, our premier came up with \$2.6 million to kick off vaccine development with scientists at the university.

We have a great relationship with UBC, and also the Genome Science Centre, which really did lever us into all the right actions at the right time to get government support to do the right thing concerning vaccine development.

Similarly, we need to become more specific and faster at diagnostics, given the recent Kinsmen Place Lodge controversy. Western Economic Diversification Canada may invest some capital to help us create some speedier diagnostic tools in order to become more effective. We are working at laboratory design and redesign, both within our key agencies as well as laboratories in general, so the province can be more sophisticated and responsive to the needs of its citizens.

The challenge of hosting the Olympics is before us and we want to be as efficient as we can be to ensure that we are providing the proper services for all concerned.

It seems to me that the public thinks that whatever the medical problem there will be a hospital nearby to take care of the problem. We need your attention to a richer support of our public health intervention interests.

**The Chairman:** Thank you. We will have the final presentation from Dr. David Butler-Jones.

**Dr. David Butler-Jones, Former Chief Medical Officer for Saskatchewan, as an individual:** We have heard from representatives from two large provinces and from Mr. Zapp from the British Columbia Centre for Disease Control. We have focused on laboratory work and other supports to broader public health practice. My task is to try to pull some of this information together.

In the past we have been successful in the control of communicable diseases, the protection of water, and the containment of sewage, food, et cetera. However, this success has bred some complacency that has now left us in a position where we seem to be struggling. We are also facing new and emerging and re-emerging diseases in a complex world and we are dealing with reduced capacity.

The outbreak of SARS has shown this can have far-reaching effects in terms of the economy. While the disease was largely in Vancouver and mainly Toronto, the tourist industry in Banff was

La situation a été très complexe dans le cas du SRAS. Au moment où la maladie faisait rage, le médecin hygiéniste de la province, le Dr Perry Kendall, a beaucoup aidé la province à faire ce qu'il fallait. Nous lui avons servi de point de référence pour ses activités dans les régions de Vancouver et de la vallée du Fraser. Cette crise vous donne une idée de la complexité du problème et montre jusqu'à quel point il est impérieux de nous demander si un réseau national peut nous aider à mieux régler ce problème de santé.

Qu'allons-nous faire? Il est question du Centre national de lutte contre les maladies. De plus, le premier ministre de notre province a offert 2,6 millions de dollars pour qu'on entame des recherches en vue du développement d'un vaccin avec des scientifiques de l'université.

Nous sommes en excellente relation avec l'Université de la Colombie-Britannique ainsi que le Génome Sequence Centre, qui nous a vraiment aidés à faire ce qu'il fallait pour obtenir le soutien nécessaire du gouvernement en vue du développement d'un vaccin.

De plus, nous devons arriver à poser un diagnostic de façon plus précise et plus rapide, compte tenu de la controverse survenue récemment à propos du Kinsmen Place Lodge. Diversification de l'économie de l'Ouest Canada investira peut-être pour nous aider à mettre au point des outils de diagnostic plus rapides. Nous travaillons avec nos partenaires et d'autres laboratoires à la conception de produits, pour que la province puisse mieux répondre aux besoins de ses citoyens.

Les Jeux olympiques vont avoir lieu chez nous et nous voulons être en mesure d'offrir les bons services à tous les intéressés.

Il me semble que la population a l'impression que l'hôpital le plus près va être en mesure de répondre à n'importe quel problème médical. Nous avons besoin de vous pour obtenir un meilleur soutien dans l'intérêt de nos interventions en santé publique.

**Le président:** Merci. Nous allons maintenant entendre un dernier exposé, celui du Dr David Butler-Jones.

**Le Dr David Butler-Jones, ancien médecin hygiéniste en chef de la Saskatchewan, témoignage à titre personnel:** Nous avons entendu les déclarations de représentants de deux grandes provinces ainsi que M. Zapp, du British Columbia Centre for Disease Control. Nous avons parlé du travail de laboratoire et des autres moyens de favoriser la santé publique. Mon objectif est d'essayer de faire la synthèse de ces informations.

Jusqu'ici, nous avons réussi à lutter contre les maladies transmissibles, à assurer la salubrité de l'eau et des aliments, à contenir les eaux usées, etc. Cependant, notre succès a donné lieu à une certaine complaisance qui nous crée certaines difficultés. De plus, de nouvelles maladies surgissent et d'autres resurgissent dans un monde complexe alors que nous avons des moyens réduits.

On sait que les répercussions de l'épidémie de SRAS ont été lourdes de conséquences sur le plan économique. Même si la maladie s'est manifestée davantage à Vancouver et surtout à



heavily affected. Where there was another outbreak in Southeast Asia Thailand suffered a drop of 70 per cent in its tourist trade. It has huge implications for a disease that in the big scheme of things did not kill very many people.

The lack of a solid public health foundation creates problems for the rest of the health system's ability to deal with and treat what they face. A statement from the centre for disease control a decade or so ago identified that two-thirds of premature mortality could be prevented with the technologies and the understandings we had at the time. This is the context in which some of the communicable disease issues are occurring.

Urbanization and climate change have had an impact on the spread of communicable diseases. The committee is also aware of the impact that globalization has had on these diseases. Other speakers have reported that any disease in the world can be anywhere else in the world within 24 hours. The increasing economic and technology gaps in many places augment the socio-economic issues concerning infectious diseases.

The recent SARS outbreak taught us that basics still matter. The international control of SARS was basic: People who were ill were identified and their activities were limited to avoid the spreading of SARS. Further, those who were caring for them used basic precautions and protections.

A few years ago, while I was in Kosovo I met a child with meningococemia, which is normally the most common cause of meningitis. The point I want to make is that when our basic support around public health is challenged, the result is a situation like in Kosovo where they have as many cases of meningitis in one week as we have in five years.

This graph illustrates 100,000 smokers who are now age 15 and what will they die of before the age of 70, in other words, prematurely. About 18,000 will die as a result of smoking, 1,200 in car accidents, a little less than a thousand from alcohol, fewer from suicide, about 140 from murder and then you can see the numbers for the Hanta virus, mad cow, SARS and West Nile. They are not big killers. They represent huge issues and challenges, but they are not big killers. If we only focus on the infectious diseases, we may miss some things. I understand the challenges before the committee and focus of this work, but there is a context for it.

There have been a number of studies, an FPT process as well as smaller studies and many discussions concerning our public health capacity. Clearly, we recognize that Canada does have world-class skills and some of the best people in terms of theory and competencies in public health, but that capacity varies a great deal across the country. We have a centre, as in British Columbia, which has sophisticated personnel who do sophisticated work. We

Toronto, l'industrie touristique de Banff a été fortement touchée. L'autre foyer de la maladie en Asie du Sud-Est a fait réduire de 70 p. 100 le tourisme en Thaïlande. Les répercussions sont énormes pour une maladie qui, en fin de compte, n'a pas fait trop de victimes.

L'absence d'un fondement solide en matière de santé publique nuit au reste du système de santé et à sa capacité de régler les problèmes. Selon ce que faisait état un communiqué du centre de lutte contre les maladies il y a une dizaine d'années, les technologies et les connaissances que nous avions à l'époque pouvaient prévenir deux tiers des cas de mortalité prématurée. C'est dans ce contexte que certains problèmes liés aux maladies transmissibles se présentent.

L'urbanisation et le changement climatique ont eu un impact sur la propagation des maladies transmissibles. Le comité est aussi au courant de l'effet de la mondialisation sur ces maladies. D'autres intervenants ont signalé qu'une maladie peut faire le tour du monde en l'espace de 24 heures. Les disparités économiques et technologiques qui sont de plus en plus prononcées à certains endroits compliquent les problèmes socio-économiques liés aux maladies infectieuses.

La récente épidémie de SRAS nous a montré que les principes de base ont encore de l'importance. Ce sont ces principes qu'on a appliqués dans la lutte contre le SRAS à l'échelle internationale puisqu'on a limité les activités des personnes chez qui on avait diagnostiqué la maladie pour éviter la propagation du syndrome. De plus, ceux qui ont soigné les malades ont aussi pris des mesures de précaution et de protection de base.

Il y a quelques années, j'ai examiné un enfant au Kosovo qui avait un méningocoque, qui est normalement la cause la plus courante de la méningite. Je tiens simplement à dire que, quand le système de santé publique est ébranlé à la base, il se passe ce qui arrive au Kosovo, où on détecte autant de cas de méningite en une semaine que nous en diagnostiquons en cinq ans.

Le graphique montre que 100 000 fumeurs âgés aujourd'hui de 15 ans vont mourir avant l'âge de 70 ans, autrement dit prématurément. Il y en a environ 18 000 qui vont mourir des conséquences du tabagisme, 1 200 dans un accident de voiture et un peu moins d'un millier, de maladies liées à l'alcool; un plus petit nombre vont se suicider, environ 140 vont être victimes de meurtre et vous pouvez ensuite voir les chiffres concernant l'hantavirus, la maladie de la vache folle, le SRAS et le virus du Nil. Ce ne sont pas des causes importantes de décès. Ce sont des problèmes de santé qui posent des défis importants, mais ils ne font pas beaucoup de victimes. Si on s'intéresse seulement aux maladies infectieuses, d'autres problèmes peuvent nous échapper. Je comprends les questions dont le comité est saisi et l'objet de son étude, mais il faut replacer les choses dans leur contexte.

Il y a eu beaucoup d'études et de discussions sur notre capacité en santé publique. Il est clair qu'il existe au Canada des compétences de calibre international et que certains de nos spécialistes comptent parmi les plus éminents dans le domaine de la santé publique, mais la capacité varie d'une région à l'autre du pays. Le personnel expérimenté du centre de la Colombie-Britannique accomplit un travail de pointe. Nous avons



drew on the people in B.C. and on the people from the Guelph Centre for assistance with our outbreak in North Battleford. The Guelph Centre is a federal. Not every province will have such an institution, and we need to find ways to better collaborate to address some of those capacity issues.

There has been a loss of capacity at every level within the system, both human and financial resources. There has been a lack of ability for Health Canada or the provincial ministries to really coordinate strategies, to build expertise and to develop and offer the information that allows those of us — I am now working as a regional medical officer again — to have the information we need to help deal with the problems. There is a lack of leadership for public health and an understanding of public health. If there is an outbreak, you know something about it. If you have an inspector in your restaurant, you know something about it. Those comprehensive five functions that Dr. Massé outlined is what public health is about and there is an infrastructure in the country to try to address those.

Second, a personal health culture has really come to dominate the thinking. That is to the detriment of other perspectives on health, in spite of the evidence and the known solutions.

Managing insurance systems distracts. Much of the energy in governments is tying to manage the costs and issues around financing for health care in Canada. That means that much of that policy work has been focused on hospitals, clinical services and waiting lists and less on why people are healthy and what can we do as communities to move forward on that issue.

We thought we had won the battle against communicable disease. While in many ways we have, there are still huge and increasing issues in the world as we see more and more infections and the connections with infections that previously were thought to be rare.

It is interesting to see the impact of infectious diseases. The four diseases that we were talking about originated in animal species. They were animal disease that can potentially and do infect humans. That was the origin of most of the great epidemics through history.

When you think of what happened in the Americas, where 90 to 95 per cent of the population was wiped out by infectious diseases within 200 years of Columbus' arrival, that was a function of, in Europe and Asia, large domestic animals in close proximity to humans. Diseases like measles, tuberculosis, smallpox, influenza, all of which were of animal origin, those populations adapted to some degree to that, but when it came to a virgin population in the Americas, 90 to 95 per cent of the population died as a result. The same thing is true with the new diseases, the next pandemic of influenza. SARS will look tiny in that setting. I believe the general feeling is that the lack of

demandé l'aide des experts du centre de la Colombie-Britannique et de celui de Guelph quand nous avons eu des problèmes à North Battleford. Le centre de Guelph est fédéral. Il n'y a pas d'établissement de ce genre dans toutes les provinces, et il faut trouver des moyens de mieux collaborer pour régler les problèmes de capacité.

Le système dispose de moins de ressources, tant humaines que financières, à tous les niveaux. Santé Canada ou les ministères provinciaux ne sont pas en mesure de coordonner les stratégies, développer le savoir-faire et obtenir l'information qui va aider les médecins qui travaillent en région — ce que je fais maintenant — à régler les problèmes. Il y a un manque de leadership dans le domaine de la santé publique et une mauvaise compréhension du secteur. S'il y a une épidémie, on sait quoi faire. S'il y a un inspecteur dans votre restaurant, vous le savez aussi. Ces cinq grandes fonctions dont le Dr Massé a parlé font partie de la santé publique et il y a une infrastructure au Canada à ce sujet.

Ensuite, c'est la santé personnelle qui a pris le dessus, au détriment d'autres questions de santé, malgré les faits et les solutions connues.

La gestion des programmes d'assurance détourne notre attention. Les gouvernements consacrent beaucoup d'énergie à gérer les coûts et les problèmes de financement des soins de santé au Canada. C'est donc dire qu'on élabore beaucoup de politiques pour les hôpitaux, les services cliniques et les listes d'attente et moins pour expliquer pourquoi les gens sont en santé et déterminer ce que nous pouvons faire pour améliorer les choses.

Nous pensions avoir remporté la lutte contre les maladies transmissibles. Or, même si, à bien des égards, nous avons réussi à le faire, nous demeurons confrontés à des problèmes énormes et sans cesse croissants, puisqu'il y a de plus en plus de maladies infectieuses qui se manifestent. Nous voyons aussi apparaître des liens avec des maladies qui étaient jugées plutôt rares.

Il est intéressant de voir l'impact qu'ont les maladies infectieuses. Les quatre maladies que nous avons mentionnées sont d'origine animale. Ce sont des maladies qui peuvent se transmettre, et qui se transmettent effectivement, à l'homme. La plupart des grandes épidémies qui ont frappé le monde étaient d'ailleurs d'origine animale.

Songeons à ce qui s'est passé dans les Amériques, où 90 à 95 p. 100 de la population a été décimée par des maladies infectieuses moins de 200 ans après l'arrivée de Colomb. Les grands animaux domestiques vivant à proximité des humains, en Europe et en Asie, y étaient pour quelque chose. La rougeole, la tuberculose, la variole et la grippe sont toutes des maladies d'origine animale auxquelles les populations se sont adaptées dans une certaine mesure. Toutefois, lorsque les habitants des Amériques y ont été exposés, 90 à 95 p. 100 de ceux-ci en sont morts. Il en ira de même pour les nouvelles maladies, ou la prochaine pandémie. Le SRAS sera considéré comme une maladie



attention to public health has set us up for problems and increasing threats to health of Canadians.

Third, North Battleford and Walkerton are examples of where we have demonstrated an ability to deal with outbreaks well one at a time, but do not give public health more than one and do not let it drag out or be large scale like SARS was in Toronto. There is not the capacity to do that. When we do that, everything else drops.

I was the chief medical officer at the time of the North Battleford outbreak. That was the life of my deputy chief medical officer for a year. He was just one of many people who did virtually nothing else. Plus, it was about 20 to 30 per cent of my time, followed by inquiries and so forth. That distracts from a whole range of other things we should be doing. There is not the capacity in the system to cope with both.

The next slide relates to principles. Fundamentally, infectious diseases have little respect for borders or sensibilities. Most people acknowledge that public health is a public good and there are roles for governments at all levels. To be truly successful, it needs to be coordinated. We need to get over whatever differences we have if we are to address these things.

Often at the front lines the same people are doing both follow up on infectious diseases, contact tracing, and so forth, and the next day they are doing well-baby visits or community development or tobacco cessation or whatever.

When we talk about capacity in the system, that is, the capacity that delivers the programs. The search capacity occurs when those people have the training and expertise to do case finding, and to do that work in an epidemic, and then in the interregnum are able to do prevention of heart disease and cancer that we recognize as important.

This perspective reflects some of the consensus that is building around what a national role might be and building on the strength. The list that I have here is a mix of where we need to increase capacity and function and some that we are not doing much of now.

One relates to the facilitation and leadership for Canadian coordinated approaches and strategies to address public health issues. Thus, both on the communicable and non-communicable disease side there are strategies in place, but far too few and far too little follow up and energy that is able to actually sustain those strategies.

bénigne dans ce contexte. De manière générale, c'est parce que nous avons négligé le système de santé publique que nous sommes confrontés à des problèmes et que la santé des Canadiens est de plus en plus compromise.

Troisièmement, les incidents de North Battleford et de Walkerton montrent que nous sommes capables de venir à bout d'une épidémie, mais de façon ponctuelle. Le système de santé publique ne peut composer avec plusieurs épidémies à la fois. De plus, il faut intervenir rapidement et non laisser traîner les choses, et éviter aussi que l'épidémie prenne de l'ampleur, comme ce fût le cas avec le SRAS à Toronto. Le système est incapable de lutter sur plusieurs fronts en même temps. Quand il est appelé à le faire, tout le reste s'écroule.

C'est moi qui étais le médecin hygiéniste en chef quand l'incident de North Battleford s'est produit. Le médecin hygiéniste en chef adjoint s'est occupé du dossier pendant un an. En fait, de nombreuses personnes n'ont fait que cela. J'y ai consacré entre 20 et 30 p. 100 de mon temps, en plus de participer à des enquêtes, ainsi de suite. Cela nous empêche de nous concentrer sur une foule d'autres questions. Nous n'avons pas la capacité voulue pour faire les deux.

Passons maintenant à la prochaine diapositive, où il est question des principes. Essentiellement, les maladies infectieuses ne tiennent compte ni des frontières, ni des susceptibilités. La plupart des personnes considèrent la santé publique comme un bien public. Elles estiment que les gouvernements à tous les paliers ont un rôle à jouer dans ce domaine. Les mesures d'action, pour être efficaces, doivent être coordonnées. Or, nous devons laisser de côté nos divergences d'opinion si nous voulons être en mesure d'intervenir efficacement.

Souvent, les travailleurs de première ligne doivent s'occuper des évaluations de suivi, du dépistage des contacts, ainsi de suite. Le lendemain, ils doivent, par exemple, soigner des bébés, prendre part à des programmes de développement communautaire ou encore de lutte contre le tabagisme.

Quand nous parlons de la capacité du système, nous faisons allusion à la capacité d'offrir des programmes. Quand nous parlons de la capacité de recherche, nous faisons allusion aux personnes qui ont la formation et les compétences voulues pour effectuer des recherches de cas, composer avec une épidémie et, entre-temps, s'occuper des programmes de prévention des maladies du cœur, du cancer, activités que nous jugeons importantes.

Il se dégage de tout cela un consensus autour de l'idée de créer une agence nationale et de consolider nos acquis. La liste que vous voyez ici illustre les secteurs où nous devons renforcer nos capacités, de même que les secteurs où les efforts laissent à désirer.

Nous devons mettre l'accent sur la facilitation et le leadership en vue d'élaborer des approches et des stratégies coordonnées qui nous permettront de régler les problèmes de santé publique. Il existe des stratégies pour les maladies transmissibles et non transmissibles, sauf que celles-ci ne font pas l'objet d'un suivi rigoureux et soutenu.



For example, there is now work on an immunization strategy. Different provinces have clearly different capacity in terms of an ability to afford vaccines for children. Some of the newer vaccines, for example, just one of the new vaccines costs more than all of the other vaccines that we traditionally use. If you combine hepatitis B, mumps, measles, rubella, diphtheria, tetanus, polio, hemophilus and meningitis, all of those together total about \$180 per person for a lifetime of protection. Many of the new vaccines, just one dose costs that much. We have a few challenges in terms of the economics of that.

A Canadian public health agency of whatever stripe, however we call it, many people have spoken to that. There should be some mechanism by which, collectively, we could coordinate activity, centres of excellence, provide resources, whatever it is, to help us to move towards a sense of a system in Canada for addressing public health issues more consistently than we are able to do now.

Resources, obviously, in terms of assisting to rebuild that needs to occur at all levels. There are not enough trained medical officers in the country to fill the positions we have now, let alone the ratio of those professions to what you would see in Britain, Australia or other countries. That specialized expertise is in short supply. There are not enough training programs and physicians to fill that gap. That is a piece of that puzzle; the same is true for public health inspectors and others in the system as well.

Turning to the subject of interdepartmental and inter-sectorial leadership, SARS pointed out some of the inefficiencies between different government departments to come quickly to decisions. We need to find ways to get over that quickly. All emergencies are messy. Honourable senators have probably heard that from other people. The point is to make the messiness a couple of days, not a couple of weeks. Policy and technical expertise must be provided that none of us would otherwise have access to. In other words, there is no way that we will have a clinical toxicologist for direct access to Saskatchewan. We do not have the population or resources to do that. However, we need one somewhere to provide that advice to us as they do in Ontario, B.C. or Quebec.

There is a need for a collaborative system for public health at the federal, provincial, territorial and regional levels.

There is also a need for rapid research on critical disease management issues. We cannot wait for a request for proposals in the middle of a SARS outbreak or for CHR to come up with a pot of money to send out and take a year and a half even six months to figure out how we will do that. We need the ability to quickly identify what infection control methods are working and what is working in other countries and what we might apply here; if there are any medications that work; what are the public health measures proving to be the most effective. We need that at the time when the decisions are being made, not after the fact. We

Par exemple, on s'affaire à mettre au point une stratégie d'immunisation. Manifestement, les provinces ne sont pas toutes en mesure de fournir des vaccins aux enfants. Certains vaccins, ou même un des vaccins qui vient d'être mis au point coûte plus cher que tous les autres vaccins que nous avons l'habitude d'utiliser. Les vaccins utilisés contre l'hépatite B, les oreillons, la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, la polio, l'hémophilus et la méningite coûtent, ensemble, environ 180 dollars par personne, si celle-ci veut être protégée sa vie durant. Dans le cas des nouveaux vaccins, une dose coûte autant, ce qui nous pose certains problèmes sur le plan économique.

De nombreuses personnes ont évoqué l'idée de créer une agence nationale de santé publique, peu importe le nom que vous voulez lui donner. Il faut mettre au point un mécanisme qui nous permettrait, ensemble, de coordonner nos activités, de créer des centres d'excellence, de fournir des ressources, autrement dit un système qui nous permettrait de nous attaquer aux problèmes de santé publique de façon plus cohérente que nous ne l'avons fait jusqu'à maintenant.

Pour y arriver, il nous faut évidemment des ressources, et ce, à tous les niveaux. Il n'y a pas suffisamment de médecins agréés au Canada pour remplir tous les postes vacants, sans compter qu'il y en a beaucoup plus en Grande-Bretagne, en Australie et ailleurs. Il n'y a pas suffisamment de spécialistes, de programmes de formation ou encore de médecins pour combler ces lacunes. C'est là une partie du problème. Il en va de même pour les inspecteurs en santé publique et autres professionnels de la santé.

Passons maintenant à la question du leadership aux niveaux interministériel et intersectoriel. Le SRAS a mis en évidence le fait que les ministères sont incapables de prendre rapidement des décisions. Nous devons sans tarder trouver un moyen de régler ce problème. Les salles d'urgence sont dans un état lamentable. Les honorables sénateurs en ont sûrement déjà entendu parler. Nous devons être en mesure de réagir en quelques jours, et non en quelques semaines. Nous avons besoin de plans d'action et d'expertise technique, ressources auxquelles nous n'aurions pas accès en temps normal. Autrement dit, il nous est impossible de mettre la main sur un toxicologue clinique qui serait capable de nous mettre en contact direct avec la Saskatchewan. Nous n'avons pas les ressources nécessaires pour le faire. Toutefois, il nous faut quelqu'un qui sera en mesure de nous fournir des conseils, comme cela se fait en Ontario, en Colombie-Britannique ou au Québec.

Nous devons mettre sur pied un système coordonné de santé publique aux paliers fédéral, provincial, territorial et régional.

Par ailleurs, nous devons être en mesure d'effectuer rapidement des recherches sur les questions urgentes qui touchent la gestion des soins thérapeutiques. Nous ne pouvons attendre de recevoir une demande de propositions au milieu d'une crise de SRAS, ou encore attendre que le CHR nous fournisse des fonds et discute pendant un an et demi ou même six mois de la façon dont ceux-ci seront répartis. Nous devons pouvoir cerner rapidement les mesures de prévention des infections qui sont efficaces, les systèmes qui fonctionnent ailleurs et qui pourraient être utilisés ici, les médicaments et les programmes de santé publique qui



need a mechanism to mobilize that quickly. That is one of the aspects of why some people look to a national public health agency to bring that to bear quickly. We also need to encourage the international links that Health Canada and the government of Canada provide.

My last slide is about 150 years old and just a quote from Disraeli that I like very much.

**The Chairman:** What is interesting is that the quote from Disraeli was the quote that we used at the beginning of our final volume of our set of recommendations.

**Senator LeBreton:** Dr. D'Cunha, during the months of March, April and May of the SARS outbreak, you became the public face that tried to deal with this complex epidemic and the public hysteria attached to it. You tried not to alarm the public, yet also tried to be honest. I feel that you did an excellent job, but there was a lot of confusion between actual and probable cases. One day we would hear that the problem had been solved, and the next day, we would hear that there were more actual cases and more probable cases.

With the benefit of hindsight and having controlled the problem, was there a way to disseminate information that could have been more definitive on the actuals and the probable cases? I think that was part of the problem with the World Health Organization statements as well.

**Dr. D'Cunha:** Up to May 29, we were using the Canadian definition, and we so declared. The problem is that different jurisdictions across the world were using different definitions. The key learning experience was that we must be consistent with an international definition. We have to rearticulate and re-emphasize what we are counting. We did that often enough. In advocating within the country, on May 29, we went to the WHO definition, and automatically, that part of the problem disappeared.

I do not see that as a problem. The problem is when you are trying to communicate something that is complex, if people miss the nuance of the type of counting, they fail to see the nuance of the definition.

There were good reasons for the Canadian definition to be slightly different from that of the WHO. However, when you have the uninitiated, and this is not a criticism of the media, taking the probable and the suspect and transcribing it without recognizing that jump, the potential for misinterpretation increases greatly. The challenge for us was that if we used the WHO definition we would have been out of sync with the Canadian definition.

**Senator LeBreton:** It happens that I was in the United States for March break with my grandchildren when the news started to break. Every time I watched CNN, I understood why people were not coming to Toronto, because they were adding the numbers.

We should make very clear at the beginning what we are really talking.

donnent de bons résultats. Nous devons pouvoir le faire au moment où des décisions doivent être prises, pas après le fait. Il nous faut un mécanisme qui nous permet de mobiliser rapidement ces ressources. Voilà pourquoi, entre autres, certaines personnes réclament la mise sur pied d'une agence nationale de santé publique. Nous devons également maintenir les contacts internationaux que peuvent établir Santé Canada et le gouvernement du Canada.

La dernière diapositive reprend une citation de Disraeli, que j'aime beaucoup. Elle date d'environ 150 ans.

**Le président:** Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que nous avons utilisé cette même citation au début du dernier volume de notre rapport.

**Le sénateur LeBreton:** Docteur D'Cunha, pendant les mois de mars, d'avril et de mai, vous avez essayé de composer avec cette épidémie complexe qu'est le SRAS et avec l'hystérie publique qui l'entourait. Vous avez essayé de calmer le public, tout en restant honnête. J'estime que vous avez fait de l'excellent travail, sauf qu'il y avait beaucoup de confusion entre les cas réels et probables. Un jour, on nous disait que le problème était réglé, et le lendemain, on apprenait que le nombre de cas réels et probables avait augmenté.

À la lumière de ce que nous savons aujourd'hui et maintenant que la crise est passée, pouvez-vous nous dire s'il existe une façon plus précise de signaler les cas réels et les cas probables? Ce problème a également été relevé dans les communiqués de l'Organisation mondiale de la santé.

**Le Dr D'Cunha:** Comme nous l'avons indiqué, nous avons, jusqu'au 29 mai, utilisé la définition canadienne. Le problème vient du fait que les pays utilisent des définitions différentes. La principale leçon que nous avons tirée de cette expérience, c'est que nous devons nous en tenir à une définition internationale. Nous devons bien préciser les cas que nous comptabilisons. Nous l'avons fait souvent. Le 29 mai, nous avons adopté la définition de l'OMS, et les choses sont tout de suite rentrées dans l'ordre.

En fait, pour moi, il n'y a pas de problème. Toutefois, quand vous essayez d'expliquer quelque chose de complexe et que les gens ne comprennent pas la méthode de calcul que vous utilisez, ils n'arriveront pas à saisir les nuances que comporte la définition.

La définition canadienne était, à juste titre, légèrement différente de celle utilisée par l'OMS. Toutefois, quand des non-initiés, et je ne critique pas les médias, parlent indifféremment de cas probables et de cas soupçonnés, les données risquent d'être mal interprétées. Le problème venait du fait que la définition de l'OMS ne cadrait pas avec la définition canadienne.

**Le sénateur LeBreton:** J'étais aux États-Unis, en mars, avec mes petits-enfants, quand la nouvelle a commencé à circuler. Chaque fois que je regardais CNN, je comprenais pourquoi les gens cherchaient à éviter Toronto. Ils additionnaient tous les chiffres.

Nous devons être très clairs, et ce, dès le début.

**Dr. D'Cunha:** When Wolf Blitzer of CNN interviewed me made that mistake I challenged him and received positive feedback from some of your colleagues. However, that is not why I make the point.

The point is the media had the theory that we in the public sector were burying, whereas we were counting and showing everything. The U.S. made a definition change in April and there was no hoopla about it. That still has me puzzled today, and I am no media expert.

**Senator LeBreton:** It is not sensationalist enough. You did excellent job.

People go chasing off after one public health issue while other important areas fall by the wayside. I see the water issues in North Battleford and Walkerton as crossover health and environmental issues. I wonder if something that has not been done at the environmental level to cause the problem to become a public health issue. I wonder about the coordination between the environmental specialists and the specialists from public health.

Is there is not something that could be done at the environmental level, before you people are confronted with major public health issues?

**Mr. Butler-Jones:** Part of that is how you link those perspectives. At one point, water was under health, but when the ministries of environment formed, it moved to those ministries, and quite appropriately for the other implications.

The areas of expertise and interest may be different. For example, when I was a medical officer in Sault Ste. Marie the CBC reported that the dead fish on the river were killed from a spill at one of the paper mills. I inquired if anybody had checked to see if people were taking their water from that river. I was told that the environmentalist department did not concern itself with human health. I responded that I did indeed deal with human health and that if they had called me I would have done something about the water. After that the communication between the two departments did improve. We must have a constant dialogue.

Before the Walkerton incident when there was a bad lab result, the lab director would give me a call, and environment, myself, the director of inspection, and the municipality would have a conversation to discuss the history of the problem, whether it was a bad sample and so on, and we would determine whether to issue a boil order or take more serious measures.

When the public health connection was removed and the reports were sent to environment and the municipality only, the human health perspective was unable to say that something needed to be done immediately.

**Le Dr D'Cunha:** Quand Wolf Blitzer de CNN m'a interviewé et qu'il a commis la même erreur, j'ai contesté ses chiffres, et j'ai reçu des félicitations de la part de certains de vos collègues. Toutefois, ce n'est pas pour cette raison que je soulève ce point.

Le fait est que les médias étaient d'avis que le secteur public cachait des choses, alors qu'il était très ouvert. Les États-Unis ont changé la définition en avril, sans que cela ne cause de remous. Je continue encore de me poser des questions là-dessus, et je ne suis pas un spécialiste des médias.

**Le sénateur LeBreton:** Le sujet n'était pas assez sensationnaliste. Vous avez fait de l'excellent travail.

Les gens se concentrent sur une question de santé publique, et laissent de côté d'autres enjeux importants. Le problème de la qualité de l'eau à North Battleford et à Walkerton est à la fois une question de santé et une question environnementale. Je me demande si c'est parce qu'on a négligé de prendre des mesures sur le plan environnemental que ce problème en est devenu un de santé publique. Je me demande si les spécialistes de l'environnement et ceux de la santé publique collaborent ensemble.

N'y a-t-il rien qui puisse être fait sur le plan environnemental pour éviter que vous ne vous retrouviez avec un problème majeur de santé publique sur les bras?

**Le Dr Butler-Jones:** Cela dépend, en partie, du lien que vous établissez entre les deux. À un moment donné, le dossier de l'eau relevait du ministère de la Santé. Il a ensuite été confié au ministère de l'Environnement, comme il se doit.

Les domaines d'expertise et d'intérêt peuvent être différents. Par exemple, quand j'étais médecin et que je pratiquais à Sault Ste. Marie, la SRC a déclaré, dans un reportage, que les poissons trouvés morts dans la rivière avaient été tués par un déversement provenant d'une des usines de papier. J'ai cherché à savoir si quelqu'un avait pris la peine de vérifier si les gens s'approvisionnaient à même cette rivière. On m'a dit que le ministère de l'Environnement ne s'occupait pas des questions de santé. J'ai répondu que moi, je m'en occupais, et que si quelqu'un avait communiqué avec moi, j'aurais fait quelque chose à ce sujet. La communication entre les deux ministères s'est améliorée à partir de ce moment-là. Il doit y avoir un dialogue constant.

Avant l'incident de Walkerton, quand les analyses de laboratoire étaient négatives, le directeur du laboratoire communiquait avec moi. Je rencontrais les représentants du ministère de l'Environnement, le directeur des services d'inspection et les autorités municipales pour discuter du problème. On essayait de voir s'il s'agissait d'un mauvais échantillon, s'il y avait lieu de demander à la population de faire bouillir l'eau ou s'il fallait prendre des mesures plus concrètes.

Lorsqu'on a commencé à envoyer les rapports au ministère de l'Environnement et à la municipalité, et non plus aux services de santé publique, les responsables de la santé se sont retrouvés incapables de dire si quelque chose devait être fait immédiatement.



Walkerton prompted a return to closer connections between health and environment. Most provinces now have protocols: If the lab gets a positive water result, I will get a call and we will decide what needs to be done to solve the problem.

There was a period of time when it was taken for granted that the labs could look after the problems while in reality that did not happen at Walkerton.

**Dr. D'Cunha:** Building on what Mr. Butler-Jones said, the bulk of public health activity does not make the front page. It is the quiet thing that is not your focus at this time. We seem to forget that. When the issue of the day pops up, it distracts us in as much as managing health insurance system distracts governments from the real business of keeping the public healthy.

We should never forget the inter-sectorial key role that public health plays. One of the reasons why the Government of Ontario made the Chief Medical Officer the Commissioner of Public Health was to reintroduce the inter-sectorality at the highest level of government decision-making. At this point four ministers and their deputies meet with me on a regular basis.

Along came SARS five weeks into the appointment, which consumed a great deal of time.

**Senator LeBreton:** Was that as a direct result of Walkerton?

**Dr. D'Cunha:** No, actually, it was as a result of a study done to reaffirm a commitment to public health. The government was reaffirmed to public safety and, while they may not have been committed to public health on the surface, from my perspective, I initiated series of documents so that they would realize the significance of public health events. As Mr. Butler-Jones said, at the local level, the connections were there.

The challenge that society must not forget is that players change with retirement and moves to other jobs, et cetera. We need to institutionalize the connections so that the memory is institutional, at the local, provincial, regional and national levels.

As a public servant, if I initiate change to a system, I have to ensure that the old connections are fixed before I make that change. If a connection is broken without my realizing it a problem is in the making.

**Mr. Zapp:** In British Columbia, we have had the good fortune of water being a public health issue. More recently, a safe drinking water regulation came into force to increase our surveillance of drinking water in B.C. It is a health program.

**Senator LeBreton:** You are saying that although there may have been a disconnect, there is now a concerted effort to connect all of it back together.

**Senator Morin:** Mr. Zapp, I will not quote Disraeli but Premier Campbell of B.C.:

L'incident de Walkerton a contribué à renforcer la collaboration entre les responsables de la santé et ceux de l'environnement. La plupart des provinces ont maintenant des protocoles: si les analyses de la qualité de l'eau sont positives, on communique avec moi et nous décidons ensemble des mesures à prendre pour régler le problème.

À un moment donné, on tenait pour acquis que les laboratoires s'occuperaient du problème. Cela n'a pas été le cas à Walkerton.

**Le Dr D'Cunha:** Pour ajouter aux propos de M. Butler-Jones, le gros du travail dans le secteur de la santé publique se fait discrètement, chose que nous avons tendance à l'oublier. Lorsqu'un incident se produit, nous devenons déconcentrés, tout comme la gestion du système d'assurance-santé empêche les gouvernements de se concentrer sur la santé publique.

Il ne faut pas oublier le rôle clé que joue la santé publique sur le plan intersectoriel. Si le gouvernement de l'Ontario a décidé de confier au médecin hygiéniste en chef le poste de commissaire à la santé publique, c'est parce qu'il voulait, entre autres, favoriser de nouveau la collaboration intersectorielle aux plus hauts niveaux décisionnels du gouvernement. À l'heure actuelle, je rencontre régulièrement quatre ministres et leurs sous-ministres.

L'épidémie du SRAS a éclaté cinq semaines après la nomination du commissaire, et cet incident a monopolisé une bonne partie de son temps.

**Le sénateur LeBreton:** Était-ce à cause de Walkerton?

**Le Dr D'Cunha:** Non, en fait, c'était à cause d'une étude qui avait été réalisée dans le but d'amener le gouvernement à reconfirmer son engagement à l'égard de la santé publique. Même si cet engagement, à première vue, n'était pas tellement évident, j'ai préparé une série de rapports pour qu'il puisse se rendre compte de l'importance que revêt la question de la santé publique. Comme l'a mentionné M. Butler-Jones, des contacts avaient déjà été établis au niveau local.

La société ne doit pas oublier que les joueurs changent à cause des départs à la retraite, les changements d'emplois, ainsi de suite. Nous devons concrétiser les liens qui existent afin de préserver la mémoire institutionnelle aux niveaux local, provincial, régional et national.

En tant que fonctionnaire, avant d'apporter un changement au système, je dois m'assurer que les contacts établis existent toujours. À défaut de quoi je risque d'être confronté à un problème.

**M. Zapp:** En Colombie-Britannique, la qualité de l'eau est une question qui relève de la santé publique. La province a adopté, récemment, un règlement pour mieux surveiller la qualité de l'eau potable. Il s'agit d'un programme de santé.

**Le sénateur LeBreton:** Vous dites que, bien que les contacts aient été rompus, on s'efforce maintenant de les rétablir.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Zapp, je ne citerai pas Disraeli, mais le premier ministre Campbell de la Colombie-Britannique qui a dit, grosso modo:

Our successful response to the recent SARS epidemic made it clear that B.C.'s disease control strategies are working.

Would you please expand on that statement? What strategies were used that led to a well-contained outbreak?

B.C. assumed some of the federal responsibilities during the SARS outbreak. I refer, of course, to airport surveillance. Could you tell us why you had to do that?

**Mr. Zapp:** The comment about our disease control systems working goes directly to the fact that we are vigilant. We have some of the best epidemiologists in the country in Vancouver and they monitor situations worldwide. Much of that information is available and our people were attentive to that information.

In our side-talks at meetings in January, I overheard a Chinese delegation saying that something was going on in China. At that time, no one knew just what the problem was but problems were beginning to emerge. Our epidemiologists were active in trying to interpret the conversation and to make sense of it as things went forward. We were quick to have a communiqué with medical health officers and others around the province.

Our system was in place for the surveillance, the indication and for the response. To cap it off, we have the good fortune of having the credibility to bring the medical health office and the provincial health people into communication through a longstanding, effective network of communications. When we speak, they listen.

**Senator Morin:** BCDC stands for the British Columbia Centre for Disease Control. Is that correct?

**Mr. Zapp:** Yes, that is correct.

**Senator LeBreton:** Our witness yesterday said that they had heard of the problems in China as early as November 2002. You just said that you heard about them in January 2003. How does that information get into the system? Are you in the position to respond to something that you hear about while still not being quite sure what the problem is? How do you get to the centre of what was happening? Do you have to wait until the problem on our shores? Is there a way to address the problem before it gets here?

**Mr. Zapp:** The information emerges. It becomes more prominent and more of the right people are turning their minds to it in an effective way.

**Senator Morin:** I would not want to debate the issue. Let us move to the federal role in the airport.

**Senator Morin:** I understand that you initiated surveillance of incoming passengers at the Vancouver airport.

**Mr. Zapp:** Correct.

**Senator Morin:** Was this was done with provincial resources?

La façon dont nous avons réagi à la récente épidémie de SRAS montre que les stratégies de lutte contre les maladies que nous avons adoptées en Colombie-Britannique fonctionnent.

Pouvez-vous nous donner des précisions? Quelles sont les stratégies qui ont permis de bien circonscrire l'épidémie?

La Colombie-Britannique a assumé certaines des responsabilités fédérales au cours de l'épidémie du SRAS. Je fais allusion, bien entendu, à la surveillance dans les aéroports. Pourquoi avez-vous jugé nécessaire de le faire?

**M. Zapp:** Si nos systèmes de lutte contre les maladies sont efficaces, c'est parce que nous sommes vigilants. On retrouve à Vancouver certains des meilleurs épidémiologistes canadiens. Ils surveillent l'évolution de la situation à l'échelle mondiale. Comme la plupart de ces renseignements sont disponibles, nous les avons analysés.

Lors des réunions parallèles que nous avons tenues, en janvier, j'ai entendu des délégués chinois dire que quelque chose se passait en Chine. À l'époque, personne ne savait quel était le problème, mais la situation commençait à s'aggraver. Nos épidémiologistes ont essayé d'interpréter la conversation, de tirer les choses au clair. Nous avons communiqué rapidement avec les médecins hygiénistes et autres spécialistes de la province.

Notre système de surveillance et d'intervention était déjà en place. De plus, nous avons, depuis longtemps, un système de communication efficace qui permet au bureau de la santé publique d'entrer en contact avec les services de santé provinciaux. Quand nous parlons, ils écoutent.

**Le sénateur Morin:** Le sigle BCDC veut dire British Columbia Centre for Disease Control. Est-ce exact?

**M. Zapp:** Oui.

**Le sénateur LeBreton:** Les témoins nous ont dit, hier, qu'ils avaient entendu parler dès novembre 2002 des problèmes que connaissait la Chine. Vous venez de dire que vous en avez entendu parler en janvier 2003. Comment ces renseignements sont-ils captés par le système? Êtes-vous en mesure d'intervenir quand vous entendez parler d'un problème, même si vous n'avez pas tous les détails? À quel moment informez-vous le centre? Attendez-vous que le problème soit présent sur nos côtes? Existe-t-il une façon de s'attaquer au problème avant qu'il ne nous touche?

**M. Zapp:** Dès que l'information commence à circuler et devient plus précise, les responsables en font une analyse.

**Le sénateur Morin:** Je ne veux pas me lancer dans une discussion là-dessus. Passons au rôle du fédéral dans les aéroports.

**Le sénateur Morin:** Je crois comprendre que vous avez mis sur pied un système pour procéder au contrôle des passagers qui arrivaient à l'aéroport de Vancouver.

**M. Zapp:** C'est exact.

**Le sénateur Morin:** L'avez-vous fait en utilisant les ressources de la province?



**Mr. Zapp:** No, it was done as a team.

**Senator Morin:** This was not done in other airports. Why did you feel obligated to take over this federal responsibility of screening arrivals in the Vancouver airport?

**Mr. Zapp:** I am not close to that but my view from Vancouver was that it was very much a federal team. A physician led that activity at the airport for a couple of months. Yes, there were some people from the B.C. region and probably some individuals from our centre that assisted in the screening.

We have noted that we would probably want to get that activity more organized for future events. From the beginning it was a federal undertaking that needed some local help.

**Senator Morin:** Dr. D'Cunha, I do not want to get into a debate but, I would like your comments on the federal role in the Toronto outbreak of SARS, especially in respect of the recent comments of the Minister of Health in Ontario when he said that he would like to take over the federal responsibility for screening arrivals at Toronto airport.

The comments over the weekend in *The Toronto Star* indicated the lack of federal visibility and the lack of federal leadership during the Toronto outbreak. Would you comment specifically on the federal role?

I realize that you worked at the provincial level but what did the federal government do or not do? What do you think they should have done to help you in the SARS outbreak?

**Dr. D'Cunha:** That is a very broad question and I do not wish to engage in a debate. I will note for the record that I am presenting at the Campbell Commission on Monday. There are a variety of reviews and processes underway and will allow them to finish before I write my little book for publication — or perhaps not.

Simply put in context, the federal government has generally been supportive and I will use some specific examples. I will put some caveats in and what they were in my view. They were supportive when the requests went out for federal field epidemiologists they were dispatched without undue delay. Similarly, when we needed access to the facilities of the field hospital that particular weekend, the third week of March, dispatch was done promptly. This is not a criticism of the federal government so please do not leave with that impression. We recognized throughout the outbreak that we lacked surge capacity, locally, provincially and nationally. Simply put, when we put the call out for help across the country, we found that many people were willing but they could not spare the staff

**M. Zapp:** Non, nous avons travaillé en équipe.

**Le sénateur Morin:** Les autres aéroports n'ont pas fait la même chose. Pourquoi avez-vous jugé nécessaire d'assumer cette responsabilité fédérale, c'est-à-dire de contrôler les passagers qui arrivaient à l'aéroport de Vancouver?

**M. Zapp:** Je ne suis pas contre l'idée, mais je pense que, dans le cas de Vancouver, il s'agissait bel et bien d'une initiative fédérale. Un médecin a été chargé de diriger les activités à l'aéroport pendant quelques mois. Il y avait des personnes de la Colombie-Britannique et sans doute des responsables du centre qui s'occupaient aussi du contrôle des passagers.

Nous avons noté que nous aurions intérêt à mieux nous organiser au cas où d'autres incidents se produiraient. Le gouvernement fédéral a pris les choses en main dès le départ, mais il a eu besoin de l'aide des responsables locaux.

**Le sénateur Morin:** Docteur D'Cunha, je ne veux pas m'éterniser là-dessus, mais j'aimerais savoir ce que vous pensez du rôle qu'a joué le gouvernement fédéral lors de la crise du SRAS à Toronto, à la lumière surtout des récentes déclarations du ministère de la Santé de l'Ontario, qui a laissé entendre qu'il aimerait s'occuper du contrôle des passagers qui arrivent à l'aéroport de Toronto, une responsabilité qui relève du gouvernement fédéral.

Ces déclarations, qui ont été publiés dans le *Toronto Star* de la fin de semaine, mettent l'accent sur l'absence de visibilité et de leadership du gouvernement fédéral lors de l'épidémie qui a frappé Toronto. Pouvez-vous nous dire de façon précise quel rôle le gouvernement fédéral devrait jouer?

Je sais que vous travaillez au niveau provincial, mais qu'a fait le gouvernement fédéral et qu'aurait-il dû faire? À votre avis, qu'aurait dû faire le gouvernement fédéral pour vous aider à venir à bout de l'épidémie du SRAS?

**Le Dr D'Cunha:** C'est une question de portée très vaste, et je ne veux pas me lancer dans un débat là-dessus. Je tiens toutefois à dire, aux fins du compte rendu, que je dois comparaître devant la commission Campbell, lundi. Plusieurs études sont en cours, et j'attendrai qu'elles soient terminées avant de rédiger mon propre rapport — ou peut-être pas.

Dans l'ensemble, le gouvernement fédéral s'est montré coopératif, et je vais vous donner quelques exemples bien précis, en plus de faire quelques mises en garde. Il s'est montré coopératif quand nous avons fait appel aux épidémiologistes fédéraux qui étaient sur place. Il les a envoyés sans délai. Par ailleurs, quand nous avons demandé à avoir accès à ses installations au cours de ce week-end précis, soit la troisième semaine de mars, le gouvernement a accédé à notre demande immédiatement. Je ne cherche pas du tout à critiquer le gouvernement fédéral, et je ne veux pas vous donner l'impression que c'est ce que je fais. Nous avons noté, pendant l'épidémie, que nous manquions de ressources importantes au niveau local, provincial et national. En deux mots, quand nous avons lancé un appel à l'aide à l'échelle

because they are the same people who do other such programs. It is fair to say that we generally try to help one another out.

When the Kinsman outbreak hit in August, Sean Peck said that he was willing to help to the extent that we needed help. It turned out to be a false alarm and no assistance was required. We try to help one another. We are also much constrained by our capacity. One thing struck me over the Easter weekend: We did not have surge capacity. I went about to get some provincially and I referred to that investment at the start of my remarks. I do not think that we received enough and I will chip away for more.

I am also guided practically on the ground. If the bodies are not there I will need a short-term, long-term and medium-term plan to create the trained resources to form that surge capacity.

**Senator Morin:** Why does the minister want to take the airport operations from the federal government?

**Dr. D'Cunha:** As a politician, your question is best directed to him.

**Mr. Butler-Jones:** There was an element of luck in the difference between Vancouver and Toronto. The person in Vancouver who presented came off a plane, from Southeast Asia, already ill.

In Toronto, she went home, got sick and died at home. It was her kids who went back and had no travel history.

Some months before there was a person who arrived from Central Africa with a fever. There was a very quick containment at the airport in Toronto concerning ebola.

Some of it is luck. On the other hand, at the same time, for example, in Singapore, follow-ups on possible contacts were within two days, at a maximum. In Toronto, there was not the capacity to do it in less than a week.

Thus, there is a mix of luck and other issues.

**Senator Morin:** We will tell Premier Campbell that he should add luck to his statement.

I was discussing with Dr. Massé the matter of a possible federal agency to respond to outbreaks such as SARS. As you know, there are two models. The Quebec model has a very broad mandate. If I understand it correctly, B.C. started out with infectious disease, poisoning and radiation. If I find it correctly, you are moving toward other diseases.

In terms of provincial integration in such an agency, what would be the role of the province? If we leave them out completely, the issues and the resources are at the provincial

nationale, nous avons constaté que de nombreuses personnes étaient prêtes à nous aider, sauf qu'elles ne pouvaient libérer le personnel qui s'occupe de la mise en oeuvre de ces autres programmes. Nous essayons, en général, de nous entraider.

Quand l'incident de Kinsman s'est produit, en août, Sean Peck a dit qu'il était prêt à nous venir en aide, au besoin. Comme il s'agissait d'une fausse alarme, aucune aide n'a été requise. Nous essayons de nous entraider. Nos capacités sont toutefois limitées. Il y a une chose qui m'a frappé au cours du week-end de Pâques: nous n'avions pas de capacité d'appoint. Je me suis adressé aux autorités provinciales, et j'ai insisté sur la nécessité d'investir dans ce domaine dès le début. Nous n'avons pas, à mon avis, reçu suffisamment de fonds, mais je compte poursuivre mes efforts pour en obtenir plus.

Je me fie également à ce qui se passe sur le terrain. Si nous n'avons pas suffisamment de personnel, nous devons établir un plan à court, à moyen et à long terme, pour réunir les ressources spécialisées qui composeront cette capacité d'appoint.

**Le sénateur Morin:** Pourquoi le ministre veut-il s'occuper des opérations dans les aéroports, une responsabilité qui relève du gouvernement fédéral?

**Le Dr D'Cunha:** Je pense qu'en tant que politicien, vous auriez intérêt à lui poser la question.

**Le Dr Butler-Jones:** Le hasard a voulu que les choses se passent différemment à Vancouver et à Toronto. La personne qui est descendue de l'avion, à Vancouver, était déjà malade. Elle venait de l'Asie du Sud-Est.

À Toronto, la personne est rentrée chez elle. Elle est tombée malade et ensuite, elle est morte. Ce sont ces enfants qui ont fait le voyage de retour. Il n'y avait rien à signaler de leur côté.

Quelques mois plus tôt, une personne en provenance de l'Afrique centrale est arrivée au Canada. Comme elle avait la fièvre, des mesures de confinement ont immédiatement été prises à l'aéroport de Toronto, par crainte du virus d'Ebola.

Donc, le hasard y est pour quelque chose. Il y a aussi le fait qu'à Singapour, par exemple, les suivis visant à identifier les contacts possibles ont été faits en deux jours. À Toronto, il nous a fallu au moins une semaine pour le faire.

Donc, comme je l'ai mentionné, le hasard, entre autres, y est pour quelque chose.

**Le sénateur Morin:** Je vais dire au premier ministre Campbell d'en faire mention dans sa déclaration.

J'ai discuté avec le Dr Massé de la possibilité de mettre sur pied une agence fédérale pour réagir aux épidémies comme le SRAS. Comme vous le savez, il existe deux modèles. Le modèle québécois a un mandat très vaste. Si j'ai bien compris, le système mis sur pied en Colombie-Britannique s'attaquait d'abord aux maladies infectieuses, aux empoisonnements et aux produits radioactifs. D'autres maladies sont venues s'ajouter à la liste.

Quel rôle jouerait la province si son système était intégré à celui de l'agence? Les enjeux et les ressources se situent au niveau provincial. Il y a également la question de la compétence. Je ne



level. There is also the matter of jurisdiction. I do not think the federal government would go along with having the provinces decide with their own people and their own resources. This is probably the key issue with which we are dealing. If there were a new agency, what would it look like?

**Mr. Zapp:** The phrase that is used a lot is "a network of agencies."

Very rare experts are required for this work and we cannot afford to have a model in each province. It would be too expensive. However, as we have said, we would like to share our knowledge across the country, and modern technology allows us to do that very effectively.

The other point I would like to make probably does not appear to be too obvious. The biggest change that was made was when we were an agency separated from government, accountable to government, required to perform to expectations of a board set by government, but we were not government. That was the turning point on our ability to recognize our responsibility and our autonomy to deliver the services to the best of our ability.

**Senator Morin:** Are you still functioning under that system?

**Mr. Zapp:** Yes.

**Senator Morin:** Do you think it is very good?

**Mr. Zapp:** It made a huge difference in my transition from a decade with the ministry of health to a decade of independent authority.

**The Chairman:** In what way was it a huge difference?

**Mr. Zapp:** I like to think of it as the ability to act, fleet of foot. In a ministry you are a lot more cautious about the actions that you take. A good example is our very effective HIV work in Vancouver that received world recognition, and allowed us an opportunity to work in Vietnam. Vietnam is a high need country. I was able to say to the director who had this passion to want to provide those kinds of services and to learn from that risk society, "Go do it." If I had been in the provincial ministry I would not have been able to do that because of all the intergovernmental relations and so on that are necessary to pursue in that sector.

**Dr. D'Cunha:** I see a national public health agency as something similar to what Quebec brought in at that level. It is similar to what Mr. Zapp just indicated. You want to give that agency the ability to act swiftly.

When it comes to interacting with the provinces and territories, as Dr. Massé said, there has to be some prediscussions so that the roles are clearly defined. Much as we may pooh-pooh the legal aspects, unfortunately, and I will use SARS as the example, we made SARS a reportable communicable disease in March. Thus, we had public health legislation right down to the local MOH

pense pas que le gouvernement fédéral accepterait que les provinces prennent des décisions et utilisent leurs propres ressources. C'est là peut-être le problème principal qui se pose. À quoi ressemblerait la nouvelle agence, si elle était créée?

**M. Zapp:** On parle souvent d'un «réseau d'agences».

Il nous faut des spécialistes, qui sont difficiles à trouver, pour ce travail. De plus, nous ne pouvons nous permettre de mettre sur pied un système dans chaque province. Cela coûterait trop cher. Toutefois, comme nous l'avons mentionné, nous aimerions partager nos connaissances avec nos collègues à l'échelle nationale, et la technologie moderne nous permet de le faire sans problème.

Il y a un autre point que j'aimerais signaler et qui n'est pas très évident. Le plus grand changement qui s'est produit, c'est lorsque notre agence est devenue autonome, sauf qu'elle était tenue de rendre des comptes au gouvernement, de remplir les attentes d'un conseil mis sur pied par le gouvernement, même si elle n'était pas considérée comme une agence gouvernementale. C'est à ce moment-là que nous avons pris conscience de notre responsabilité et de notre capacité à livrer, de façon autonome, des services de manière tout à fait efficace.

**Le sénateur Morin:** Fonctionnez-vous toujours selon ce même système?

**M. Zapp:** Oui.

**Le sénateur Morin:** Est-il très efficace?

**M. Zapp:** J'ai travaillé pendant 10 ans pour le ministère de la Santé, et 10 ans pour une agence indépendante, et la différence est énorme.

**Le président:** Dans quel sens?

**M. Zapp:** Nous avons la possibilité d'intervenir rapidement. Le ministère, lui, doit agir avec une plus grande prudence quand il prend des mesures. Par exemple, le travail que nous avons effectué à Vancouver dans le domaine de la prévention du VIH a été reconnu de par le monde. Cela nous a permis de travailler au Vietnam. Le Vietnam est un pays aux besoins énormes. J'ai été en mesure de dire au directeur qui voulait fournir ce genre de services et apprendre à mieux connaître ce groupe à risque: «Allez-y». Je n'aurais pas été en mesure de dire une telle chose quand je travaillais pour le ministère provincial, en raison de toutes les démarches intergouvernementales, ainsi de suite, qui doivent être entreprises avant d'intervenir dans un domaine.

**Le Dr D'Cunha:** Je conçois le centre national de santé publique un peu comme l'organisme qu'a créé le Québec à ce niveau-là. Son concept est analogue à ce que vient de décrire M. Zapp. Il faut que l'organisme soit capable de réagir rapidement.

Pour ce qui est de l'interaction avec les provinces et les territoires, comme l'a dit le Dr Massé, des pourparlers préalables ont déjà eu lieu pour bien définir les rôles. Même si l'on prend souvent l'aspect juridique à la légère, dans le cas du SRAS par exemple, nous en avons tout de même fait une maladie transmissible à déclaration obligatoire en mars. Par conséquent,

level. Even if SARS was not made reportable, communicable and virulent, the Ontario Minister of Health, in statute, and the Chief Medical Officer of Health were authorized to make it such. Since the day I took the position, I have always been authorized to do so. There is a clause in the act that allows me to deal with any disease that is infectious. Just because it is not named, or a new one pops up, I still have the legislative ability to make it so.

To make it easy, instead of having two of us in Toronto, or wherever we may be, with exclusive power, once the disease entity was established, we did the appropriate paperwork and brought it into the legislative framework. Thus, we have not kept ourselves vulnerable.

Until Health Canada changed the quarantine regulations Ontario was the only jurisdiction that had smallpox covered in its legislation. The Ontario act does not bind the federal Crown, which is a bit of a challenge, because in the complex world that we call Canada and federalism, some entities are under federal jurisdiction, for example, the railways, insurance and the banks. I do not believe in letting the law come in the way of doing what an essentially good job. We have to be cognizant of that, plan for it and put it in place. I see the relationship as being collaborative and building in extra capacity. If there is one thing we have learned by now, it is that we need the capacity in public health.

**Mr. Butler-Jones:** Concerning SARS, we did know about it in November. WHO knew about it, but not in an official way and therefore could not act. That is why they have revised their regulations in terms of the ability to investigate outbreaks, rather than it going on for months and months.

There are many other little outbreaks like that in the world going on all the time. Most do not amount to anything. For example, there was an avian influenza in Holland at the same time as SARS was going on.

In terms of a national agency, it has to be a collaborative model. There has to be some kind of broad advisory board. It is linked to the federal government. It has to have broad advice to it. Its role is in strategic leadership, support and facilitation. It brings resources to the table, whether it is people placed into agencies at the provincial or regional level, or a combination of that, with other grants and other kinds of work, et cetera, to basically try to develop a system in collaboration. Some will agree, while others will not. However, when it comes to the middle of a crisis, for example, with the CDC in the U.S., the individual states do not say that they want to handle the problem on their own. Part of that is dependent on credibility, expertise, resources and the ability to bring experience to the problem that is not available at the state level.

la loi en matière de santé publique s'appliquait jusqu'au niveau du médecin conseil en santé publique local. Même si nous n'avions pas défini le SRAS comme une maladie transmissible et virulente à déclaration obligatoire, le ministre ontarien de la Santé, de par la loi, et le médecin hygiéniste en chef étaient autorisés à le faire. J'en avais le pouvoir dès mon entrée en fonction. La loi comporte une disposition qui me permet de traiter de toute maladie infectieuse. Ce n'est pas parce que la maladie n'est pas nommée dans la loi ou qu'elle est nouvelle que je n'ai pas le pouvoir législatif de le faire.

Pour faciliter les choses, plutôt que de concentrer le pouvoir exclusivement à Toronto ou ailleurs, une fois que l'entité morbide a été connue, nous avons rempli la paperasse nécessaire pour l'intégrer au cadre législatif. De cette façon, nous ne sommes pas vulnérables.

Jusqu'à ce que Santé Canada modifie le règlement sur la quarantaine, l'Ontario était la seule province où la loi s'appliquait à la variole. La loi ontarienne ne lie pas l'État fédéral, ce qui pose un défi en quelque sorte, car dans le monde complexe que représente le fédéralisme canadien, certaines entités relèvent de la compétence fédérale, par exemple les chemins de fer, les compagnies d'assurance et les banques. Je ne suis pas de ceux qui croient qu'il faut laisser la loi entraver ce qui est essentiellement du bon travail. Il faut en être conscient, planifier en conséquence et mettre ce qu'il faut en place. Je conçois les rapports comme étant des rapports de collaboration et d'accroissement de la capacité. S'il y a une chose que nous savons maintenant, c'est qu'il faut avoir la capacité voulue en santé publique.

**Le Dr Butler-Jones:** En ce qui a trait au SRAS, nous étions au courant en novembre. L'Organisation mondiale de la santé avait été mise au courant de son existence, mais de façon officieuse, de sorte qu'elle ne pouvait pas agir. C'est pourquoi elle a modifié son règlement, de manière à pouvoir enquêter sur les éclosions plutôt que de laisser la situation durer pendant des mois.

De nombreuses autres petites éclosions comme celles-là surviennent constamment dans le monde. La plupart sont sans conséquence. Par exemple, pendant la crise du SRAS, la Hollande était touchée par la peste aviaire.

Pour ce qui est du centre national, il faut qu'il mise sur la collaboration. Il faut qu'il y ait en place un organisme consultatif général lié au gouvernement fédéral. Il doit lui prodiguer des conseils généraux. Son rôle consiste à assurer un leadership stratégique, à offrir du soutien et à faire de la facilitation. Il fournit les ressources, qu'il s'agisse de fonctionnaires d'organismes provinciaux ou régionaux ou d'une combinaison des deux, les subventions et autres moyens pour tenter essentiellement de mettre sur pied un système de collaboration. Certains seront d'accord, d'autres pas. Cependant, au beau milieu d'une crise par exemple, aux États-Unis où il existe un centre de contrôle des maladies, les États individuels ne prétendent pas vouloir régler les problèmes eux-mêmes. Cela est attribuable en partie à la crédibilité, à l'expertise, aux ressources et à l'expérience du centre qui peuvent être appliqués au problème et qui ne sont pas disponibles au niveau de l'État.



Timeliness is an issue. For example, if CBC *Newsworld* called Dr. Paul Gully and asked him to discuss an urgent issue that they have heard about I do not think he could talk to them. Whereas Dr. Julie Gerberding, head of the CDC, is heard from if there is an issue. She provides the media with constant messaging. She can take to state governors, if that is necessary.

Again, we must be cognizant and respectful of the political process.

**Senator Callbeck:** You heard the discussion this morning with Dr. Massé about the federal government putting more resources into public health. It was mentioned that one way would be for the federal government to pay a certain percentage. Another way would be for the federal government to pay for qualified people to be integrated into the existing systems. How should the federal government make that contribution?

**Dr. D'Cunha:** First, I welcome contribution from all levels of government because we all have a stake.

I do not necessarily reflect the views of the Government of Ontario. I will reflect my views as Chief Medical Officer and as a professional public health physician. From my perspective, I think both models can work. As Dr. Massé said, it is a matter of discussion.

As long as that enhancement comes and it works, and I understand that people do not give you money without understanding what they are buying. Reflect for a minute. When you want to buy something in a store, you want to know what you are buying. The discussion has to occur.

Let us say, hypothetically that I am in Saskatchewan and the federal government decides to place federal employees in the province. I will ask only one question, and that is a very practical question: Who has command and control over them? Frankly, I do not care who pays the cheque. If the jurisdiction does not have command and control, then I will want a negotiated protocol. One example is the CFIA. That is not a good model to use because sometimes there is a conflict of interest, being the food puller and the proponent of agriculture at the same time. However, the CFIA has negotiated an understanding, a priori, with jurisdictions. Right now in Ontario, we have food recall protocols that the CFIA and I are party to. There is a standard clause. You ask each other for mutual assistance and aid, and the command structure is clearly articulated; that is, are you using CFIA regulations to pull something or are you using public health regs in which case the accountability is defined.

**Mr. Butler-Jones:** It is a bit of combination. Right now, we have federal field epidemiologists who work in provincial governments and even in some regional positions. They are part

L'opportunité est un enjeu. Par exemple, si *Newsworld* de CBC appelait le Dr Paul Gully et lui demandait de discuter d'une question pressante dont on a eu vent, je ne crois pas qu'il pourrait accorder une entrevue. Or, quand un problème se pose, la Dre Julie Gerberding, directrice du centre de contrôle des maladies, passe sur toutes les chaînes. Elle offre constamment de l'information aux médias. Au besoin, elle peut s'entretenir avec les gouverneurs des États.

Je répète qu'il faut tenir compte du processus politique et le respecter.

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez entendu les échanges de ce matin avec le Dr Massé au sujet de l'injection par le gouvernement fédéral de plus de ressources en santé publique. Un moyen mentionné était que le gouvernement fédéral paie un certain pourcentage. Un autre serait que le gouvernement fédéral défraie l'intégration de personnes compétentes dans les systèmes existants. Quelle forme devrait prendre cette contribution fédérale?

**Le Dr D'Cunha:** Tout d'abord, les contributions de tous les niveaux de gouvernement sont les bienvenues parce que tous y ont un enjeu.

Mes vues ne sont pas forcément celles du gouvernement de l'Ontario. Je vais tout de même vous donner mon opinion en tant que médecin hygiéniste en chef et professionnel de la santé publique. À mon avis, les deux modèles sont valables. Comme l'a affirmé le Dr Massé, il s'agit d'en discuter.

Aussi longtemps que ces renforts viennent et qu'ils sont efficaces. On ne verse pas d'argent si l'on ignore ce que l'on obtient en retour. Réfléchissez-y pendant quelques instants. Quand vous vous présentez au magasin pour faire un achat, vous souhaitez savoir ce que vous achetez au juste. Il faut donc que vous en discutiez avec le représentant du magasin.

Supposons que je suis en Saskatchewan et que le gouvernement fédéral décide d'y placer des fonctionnaires fédéraux. Je n'aurai qu'une question à poser, une question très concrète: qui en assume la direction et le contrôle? À vrai dire, peu m'importe qui paie leur salaire. Si la province n'assume pas la direction et le contrôle, je demanderai alors à ce qu'on négocie un protocole. Comme exemple, je vous renvoie à l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Ce n'est pas forcément un bon modèle parce qu'il y a parfois des conflits d'intérêts, étant donné qu'elle fait retirer des aliments du marché tout en faisant la promotion de l'agriculture. Toutefois, l'Agence d'inspection des aliments a négocié une entente, a priori, avec les diverses juridictions. Actuellement en Ontario, il existe des protocoles de rappel des aliments auxquels sont parties l'Agence canadienne d'inspection des aliments et nous-mêmes. Il existe une disposition standard qui prévoit une aide et une assistance réciproques et qui décrit clairement la structure de commandement. Ainsi, fait-on appel aux règlements de l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour faire retirer un produit ou invoque-t-on plutôt le règlement sur la santé publique, auquel cas les responsabilités sont bien définies?

**Le Dr Butler-Jones:** Il faut faire un peu des deux. Actuellement, nous avons des épidémiologistes fédéraux sur le terrain qui travaillent de concert avec les gouvernements provinciaux, voire



of that organization, but they reserve the right to pull them out in an emergency and they have certain national responsibilities as well. That is an added resource and usually you provide office space, et cetera.

We already have some elements of that model that area similar to the U.S, but they are small and there are not very many of them. Most of us do not have them. The last time Saskatchewan had one was five years ago. There are positions, potentially, that could provide and could be pulled out to allow some flexibility and application.

The issue of cost-sharing is also complementary, because the general infrastructure gaps are an issue. I think Mr. Massé spoke of the need to tailor the system on the needs of the region, the other capacities, et cetera. Thinking in terms of the system, on the prairies, there are certain positions and we will never have a regional centre on the prairies. However, we want to be able to access the person in B.C., or Ontario or Quebec, et cetera. It requires a lot of negotiation, discussion, and some sense of where we want to get with this, what it is we are trying to accomplish, and what it will do for people.

**Mr. Zapp:** This is a tough one. It is not just money. Yes, the public health system has been long neglected. It sees 2 per cent or 3 per cent of the total expenditure in health care in Canada. We can do better. B.C. can do better. We can do better collectively. What is the best practice? What resources do you need for best practice? How do you build surge capacity that has the kind of performance outcomes you would enjoy in the jurisdiction when you do not have a disease? All of that has to be created. There is no ideal set-up. B.C. is not ideal; nor is Quebec. Can we learn from each other and have some accountability to a national performance expectation? Sure, we could.

**Senator Callbeck:** Mr. Zapp, in your presentation, under the budget, you say 40,000 prescriptions filled. How are they filled?

**Mr. Zapp:** That figure refers to prescriptions filled for tuberculosis. Essentially, we provide those services, for example, for sexually transmitted diseases, again, we essentially provide to treat. I think the number is a little out of date. Also, we are the kidney dialysis pharmacy for the provinces.

**Senator Morin:** I would like to come back to human resources at the provincial level. Dr. D'Cunha, you said that this is a serious problem. What is your view on this? How can we correct this? What can the federal government do to help correct this very serious situation of lack of human resources and the public health field at the provincial level?

au sein d'organismes régionaux. Ils font partie de l'organisme, mais le gouvernement fédéral se réserve le droit de les retirer si une situation d'urgence survenait et ils continuent également de s'acquitter de certaines responsabilités nationales. C'est là une ressource ajoutée pour laquelle on fournit, habituellement, le local et ainsi de suite.

Nous avons déjà en place dans cette région quelques éléments de ce modèle qui se rapproche de celui des États-Unis, mais ils ne sont pas très nombreux et n'ont pas beaucoup d'envergure. La plupart d'entre nous n'en ont pas. La dernière fois que la Saskatchewan en a eus, c'était il y a cinq ans. Il existe des postes qui pourraient servir à cette fin, de manière à donner une certaine latitude.

La question du coût partagé vient aussi s'y greffer, parce que la différence entre les infrastructures pose problème. Le Dr Massé a parlé du besoin d'adapter le système aux besoins de la région, aux autres capacités et ainsi de suite. Si je prends pour exemple le système actuel dans les Prairies, il existe certains postes, mais nous n'aurons jamais un centre régional des Prairies. Toutefois, nous aimerions pouvoir avoir accès à l'expert de la Colombie-Britannique, de l'Ontario ou du Québec. Cela exige beaucoup de négociations, de pourparlers et une certaine idée de ce qu'on veut en obtenir, de ce qu'on tente d'accomplir et des avantages qu'en retirera la population.

**M. Zapp:** Voilà une question difficile. Ce n'est pas simplement une question d'argent. Le système de santé publique a effectivement été négligé pendant longtemps. Il n'obtient que 2 ou 3 p. 100 des dépenses totales consacrées aux soins de santé au Canada. Nous pouvons faire mieux. La Colombie-Britannique peut faire mieux. Nous pouvons faire mieux en tant que collectivité. Quelle serait la meilleure pratique? Quelles ressources faut-il prévoir à cette fin? Comment se dote-t-on d'une capacité de crise fournissant une performance égale à ce qu'on obtiendrait s'il n'y avait pas de crise? Tout est à faire. Il n'existe pas de modèle idéal. Celui de la Colombie-Britannique ne l'est pas, pas plus que celui du Québec. Pouvons-nous apprendre les uns des autres et rendre compte de l'atteinte de certains objectifs nationaux? Bien sûr que nous le pouvons.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Zapp, dans votre mémoire, là où il est question de budget, vous avez parlé de l'exécution de 40 000 ordonnances. Comment sont-elles exécutées?

**M. Zapp:** Ce nombre renvoie au nombre d'ordonnances exécutées pour le traitement de la tuberculose. Nous fournissons essentiellement ces services, par exemple pour les maladies transmissibles sexuellement. Je crois que cette donnée est un peu désuète. Nous nous occupons aussi des soins de dialyse pour les provinces.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais revenir sur la question des ressources humaines au niveau provincial. Docteur D'Cunha, vous avez affirmé qu'il s'agissait d'un grave problème. Quelle est votre opinion à ce sujet? Comment pouvons-nous y pallier? Que peut faire le gouvernement fédéral pour aider à redresser la grave pénurie de ressources humaines et l'état général de la santé publique au niveau provincial?



**Dr. D'Cunha:** Speaking for all chief medical officers of health, we need to determine a long-term, medium-term and short-term strategy. We have had discussions and conversations, not with just the federal government, but with the provinces and territories, universities, polytechnics and community colleges. Our public health resources are trained in a variety of settings. We have to be careful not to cherry pick and steal from other jurisdictions to solve our individual problems while creating a problem over there. We have to look at the whole concept of public health human resources in a broader picture.

In the short term, we need to go for quick continuing education packages. Health Canada has done some pioneering work on this and is working to transfer skills to skills enhancement projects. That is the quick, short-term fix.

Through the university, community college, polytechnic approach, we need to design more capacity to teach, more spaces to teach and have some of us in the field go out as talking ambassadors and ambassadors so that high school students recognize that public health is a dynamic place to be and as competitive as being a bank manager and so on. In this way we can begin to attract young people to the field of public health. The gain from that aspect it is five or ten years in the future.

Then, we must find a cadre of individuals who are looking for career change and who have the basic skill set, most likely in the health sector. I will pick nursing, not because I want to pick on them but to make a point.

**Senator Morin:** Who are the people working in that field?

**Dr. D'Cunha:** The people working in public health are public health physicians. Those are few in terms of percentage of the whole work force. Approximately 50 per cent are public health nurses; 30 per cent to 40 per cent are public health inspectors. There is then the component for those provinces that have public health dentistry and public health dental hygienists.

It is not that all provinces do not want to do this. Public health is a feeder fish so that when the economy shrinks, the appetite to pay for certain things generally shrinks and governments, regardless of the stripe, start to look and perceive one thing as being less important than the other, and this goes off the table. This has happened as it pertains to public health dentistry. The new public health skills are in the area of chronic diseases and epidemiology. There, you have health promotion, health education, community health nutrition and epidemiology. Without the critical epidemiology skill set, you do not have the skills to analyse the data.

**Le Dr D'Cunha:** Je dirais au nom de tous les médecins hygiénistes en chef qu'il faut se doter d'une stratégie à court, à moyen et à long terme. Nous avons eu des échanges et des pourparlers, non pas uniquement avec le gouvernement fédéral, mais aussi avec les provinces et les territoires, les universités, les instituts polytechniques et les collèges communautaires. Nos ressources de santé publique sont formées dans plusieurs contextes différents. Il faut prendre garde de ne pas faire une sélection minutieuse et de voler aux autres juridictions les ressources qui nous permettront de régler nos problèmes mais qui en créeront d'autres ailleurs. C'est toute la notion des ressources humaines consacrées à la santé publique qu'il faut examiner dans un contexte plus général.

À court terme, il faut privilégier les moyens rapides de formation continue. Santé Canada a fait oeuvre de pionnier dans ce domaine et travaille au transfert des compétences dans le cadre des projets de perfectionnement. C'est là la solution rapide à court terme.

En faisant appel aux universités, aux collèges communautaires et aux instituts polytechniques, il faut mettre en place une plus grande capacité d'enseignement, prévoir plus d'espace pour enseigner et envoyer certains d'entre nous qui travaillons sur le terrain en tant qu'ambassadeurs dans les établissements de niveau secondaire pour que les étudiants sachent qu'une carrière en santé publique est aussi dynamique et concurrentielle que celle d'un directeur de banque. C'est ainsi que nous pourrions commencer à attirer des jeunes dans le domaine. Par contre, les avantages de cette stratégie ne se feront sentir que dans cinq ou dix ans.

Enfin, il faut se tenir à l'affût de personnes qui envisagent un changement de carrière et qui ont les compétences de base, fort probablement dans le secteur de la santé. Je vais prendre la profession d'infirmier comme exemple, non pas parce que je veux en faire un cas, mais pour faire valoir un point.

**Le sénateur Morin:** Qui travaille dans ce domaine?

**Le Dr D'Cunha:** Ceux qui travaillent en santé publique sont des médecins de santé publique. Ils sont peu en termes de pourcentage par rapport à toute la population active. La moitié environ sont des infirmières spécialisées en santé publique; entre 30 et 40 p. 100 sont des inspecteurs de santé publique. Il ne faudrait pas oublier non plus, dans les provinces qui offrent ce genre de services, les dentistes et hygiénistes spécialisés en santé publique.

Ce ne sont pas toutes les provinces qui souhaitent le faire. La santé publique est le parent pauvre du système de santé. Quand l'économie va mal, la volonté de payer certaines choses décroît en règle générale, et les gouvernements, quel que soit le parti au pouvoir, commencent à accorder moins d'importance à certaines dépenses, de sorte que ce domaine est immédiatement privé de fonds. C'est ce qui s'est produit en ce qui concerne l'art dentaire en santé publique. Les nouvelles compétences en matière de santé publique sont en rapport avec les maladies chroniques et l'épidémiologie. Voilà. Il y a la promotion de la santé, l'information en matière de santé, la saine alimentation et l'épidémiologie. Sans des compétences névralgiques en épidémiologie, vous n'avez pas les compétences voulues pour analyser les données.



I used nursing as an example to show that the subtle difference between a regular nurse and a public health nurse is there for a reason. Some frontline nurses are looking for career enhancement and change and want to move to the prevention end from the treatment end. You have to design training modules for them. None of us alone can do this. We all collectively have to work at this together.

**Senator Cook:** Given that there is not a school of public health in this nation, how critical is that fact to the capacity building to which you refer?

**Dr. D'Cunha:** We can start to build capacity while we seek to establish a school of public health. There are a few universities in Canada where some of the elements required for a school of public health exist. There are public health skill sets at the University of British Columbia and at the University of Alberta. There are some public health skill sets, and Dr. Butler-Jones will correct me if I am wrong, at the University of Saskatchewan. In fact, more than Saskatchewan and Manitoba, Ontario Quebec the Maritimes have some as well. I do not want to fool you into thinking you have a four-wheel car, but you can start the capacity-building while you try to put all four wheels on the car.

**Senator Cook:** How critical is this to the critical mass that we are talking about?

**Dr. D'Cunha:** At some point, it is critical but it should not stop the process from beginning.

**Mr. Butler-Jones:** The old School of Hygiene in Toronto moved into the community medicine department and community health and epidemiology department. We have elements of schools of public health like you would find in the U.S. in faculties of nursing, faculties of medicine and joint faculties. The medical officers, for example, are trained in most medical schools. They have residency training programs, et cetera.

Harvey Skinner of the University of Toronto and others has been looking at developing the essence of a virtual school of public health in Canada. For example, the University of Alberta is now looking at distance education. I have been in negotiations with the University of Alberta and the University of Saskatchewan to provide at least Master's level training to physicians who want to work in public health but are not in a position to do the four-year specialty residency. There are a number of ways you can solve the problem, but it does require some thinking outside of traditional faculty boundaries and university boundaries to do so.

**Mr. Zapp:** When we were thinking of the B.C. concept, we went south of the border and talked to people at CDC Atlanta and recognized their relationship with Emory University. We also went to a more county-based facility in North Carolina and found a close relationship with North Carolina University. That emphasis as we build a network around ensuring that the

Je me suis servi de la profession d'infirmier comme exemple pour souligner que la subtile différence qui distingue l'infirmière ordinaire de l'infirmière en santé publique a sa raison d'être. Du personnel infirmier de première ligne souhaite faire avancer sa carrière ou en changer et aimerait faire le saut du traitement à la prévention. Il faut concevoir des modules de formation à son intention. Nul d'entre nous ne peut le faire seul. Il faut y travailler collectivement.

**Le sénateur Cook:** Le fait qu'il n'y ait pas d'établissement consacré à l'enseignement en santé publique au Canada a-t-il beaucoup d'influence sur la mise en place de la capacité dont vous parlez?

**Le Dr D'Cunha:** Nous pouvons commencer à nous doter d'une capacité tout en cherchant à établir une école de santé publique. Certaines universités canadiennes réunissent certains éléments requis pour la mise en place d'une telle école. Ainsi, l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université de l'Alberta ont des compétences en santé publique. Le Dr Butler-Jones me corrigera si je fais erreur, mais je crois que l'Université de la Saskatchewan en a aussi. En fait, en plus de la Saskatchewan et du Manitoba, l'Ontario, le Québec et les Maritimes en ont. Je ne voudrais pas vous induire en erreur en vous donnant l'impression que tout est là, mais on peut tout de même commencer à se doter d'une capacité tout en essayant de mettre en place un système complet.

**Le sénateur Cook:** À quel point cela est-il essentiel à la masse critique dont nous parlions?

**Le Dr D'Cunha:** Jusqu'à un certain point, c'est essentiel, mais il ne faudrait pas que cela nous empêche de lancer le processus.

**Le Dr Butler-Jones:** L'ancienne école d'hygiène de Toronto est passée au service de médecine communautaire et au service de santé communautaire et d'épidémiologie. Nous comptons certains éléments des écoles de santé publique que vous trouveriez aux États-Unis dans les facultés de soins infirmiers et de médecine et dans des facultés mixtes. Les médecins de santé publique sont par exemple formés dans la plupart des écoles de médecine. Elles offrent des programmes de résidence et ainsi de suite.

Harvey Skinner, de l'Université de Toronto, et d'autres cherchent à mettre sur pied une école virtuelle de la santé publique au Canada. Ainsi, l'Université de l'Alberta joue actuellement avec l'idée du télé-enseignement. Je négocie avec l'Université de l'Alberta et l'Université de la Saskatchewan en vue de former, du moins au niveau de la maîtrise, des médecins qui souhaitent travailler en santé publique mais qui ne sont pas en mesure de faire la résidence de quatre ans dans leur spécialité. Il existe plusieurs moyens de régler le problème, mais il faut sortir des ornières de la faculté et de l'université pour le faire.

**M. Zapp:** Quand nous réfléchissions au concept qu'a adopté la Colombie-Britannique, nous sommes allés aux États-Unis pour nous entretenir avec des représentants du centre de contrôle des maladies d'Atlanta et pour nous renseigner sur les rapports entre le centre et Emory University. Nous nous sommes également rendus dans un établissement plus local de Caroline du Nord où



appropriate network of universities and colleges is also coming to support to the development is critical.

**The Chairman:** I thank you all for coming. When I looked at the decision tree slide that showed the B.C. coordination and management of SARS, I absolutely marvel that anything happened.

**Mr. Zapp:** It was a three dimensional chart.

**The Chairman:** I thought there was not only no one in charge but no one who really knew anything about what was going on.

**Mr. Zapp:** That is the white space.

**The Chairman:** What you pulled off in light of that organization tells me that a lot of things happen outside the normal organizational structure.

I was very intrigued by Mr. Zapp's comments that a lot of the things that he does could not be done if he were inside government. As a former federal and provincial deputy minister, I understand exactly what he meant by that. The reality is that the one thing that government is not structurally capable of doing is developing a decision-making structure that is outside the normal routine. When you are in a crisis that is exactly what you need to have.

I look at that chart, and it reinforces my view. It also tells me that, whatever the ultimate recommendations of the committee, it is clear that, in a crisis, you better not be running it by a bureaucracy. In other words, whoever is running it had better be outside the system.

I would like to you to do one thing, although not right now on the record. I would like to know who is on your board and how your board is chosen. I would like to know the exact relationship between you and the government that appointed you because it seems to me that, whatever it is, it seems to work. You are able to operate outside the basic bureaucratic system. Can you take two seconds to comment on that?

**Mr. Zapp:** It is in development. We had an independent board appointed by the Minister of Health with Perry Kendall, the Provincial Health Officer. We are quite connected to provincial interests and appointments to the board. We are currently in transition to the Provincial Health Authority Board, which are six authorities that are struck in B.C., and again, those appointments are made by the government of the day. It is really just a year in creation. I am an employee of this non-profit society that is responsible to that board's governance.

nous avons constaté l'existence d'étroits rapports avec l'Université de la Caroline du Nord. Il est essentiel d'insister là-dessus pendant que nous mettons en place un réseau, de manière à ce que les universités et les collèges soutiennent son développement.

**Le président:** Je vous remercie tous d'être venus. Quand je pense à la diapositive illustrant le processus décisionnel auquel étaient soumises la coordination et la gestion du SRAS en Colombie-Britannique, je m'étonne qu'on ait réussi à faire quoi que ce soit.

**M. Zapp:** C'est un tableau tridimensionnel.

**Le président:** Non seulement il n'y avait personne en charge, mais il n'y avait personne non plus qui savait vraiment ce qui se passait.

**M. Zapp:** C'est l'espace qui a été laissé en blanc.

**Le président:** Ce que vous êtes parvenu à faire en dépit de cet organigramme m'indique que bien des choses se produisent à l'extérieur de la structure organisationnelle habituelle.

J'ai été très intrigué par ce qu'a dit M. Zapp, soit qu'il y a bien des choses qu'il fait et qu'il ne pourrait pas faire s'il était à l'emploi du gouvernement. En tant qu'ex-sous-ministre fédéral et provincial, je sais exactement de quoi il parle. En réalité, la seule chose que le gouvernement est structurellement incapable de faire est d'élaborer une structure de prise de décision qui ne correspond pas à la routine habituelle. Or, en pleine crise, c'est exactement ce qu'il faut.

J'examine ce tableau, et il ne fait que renforcer ce que je pense. Il m'indique aussi que, quelles que soient les recommandations finales du comité, il est clair qu'en temps de crise, il vaut mieux que l'organisme ne soit pas dirigé par des bureaucrates. En d'autres mots, il vaut mieux que la personne en charge se trouve à l'extérieur du système.

J'aimerais que vous fassiez une chose pour moi, mais je n'ai pas besoin d'une réponse officielle tout de suite. J'aimerais savoir qui fait partie de votre conseil et comment les administrateurs sont nommés. J'aimerais connaître les rapports qui existent entre vous et le gouvernement qui vous a nommé parce qu'il me semble que, quelle que soit la formule, elle est efficace. Vous êtes capable de fonctionner en dehors de la structure bureaucratique de base. Pouvez-vous prendre quelques instants pour nous en parler?

**M. Zapp:** La formule est en pleine évolution. Nous avons un conseil indépendant dont les membres étaient nommés par le ministre de la Santé conjointement avec Perry Kendall, l'agent de santé provincial. Nous sommes bien branchés sur les intérêts provinciaux et sur les nominations au conseil. Nous sommes actuellement en période de transition et devons bientôt passer au Provincial Health Authority Board, un des six organes créés en Colombie-Britannique et pour lesquels les nominations sont faites, encore une fois, par le gouvernement de l'heure. Il n'existe en réalité que depuis un an. Je suis employé de la société sans but lucratif qui rend des comptes aux administrateurs.

**The Chairman:** I think someone used the phrase, "national public health agency." If that board, in some form or other, included all the provincial chief medical officers, my sense is you could accomplish a lot while keeping it outside, even if you structured it so you had voting and non-voting members. One of you is a chief medical officer, and one has been. Would that sort of model deal with getting around the bureaucratic problem and also deal with the coordination problem to which you refer?

**Dr. D'Cunha:** I have always had full rein to do professional things. To the end of this year, I was director, and now I am an ADM commissioner. For that side of the operation, when I go to spend resources, I have to follow civil service procedures and policies. I can do some emergency spending, but I would have to justify every last penny, subject to civil service rules, and sometimes that does pose a challenge. I do not want to be naive and suggest just spending the money and you will get away with it. Clearly, there are advantages to the Crown agencies, arm's-length agency, call it what you want. You have boards and agencies like CFIA at the federal level where this can be achieved.

**The Chairman:** Can you comment on the notion of doing the integration through the board, that is to say, having extra-provincial people on the board?

**Dr. D'Cunha:** I would say not only provincial chief MOHs, but you need some of the other people active in public health outside government, because that is critical. I am referring to academia, some of the field at large, to name but a few.

**Mr. Butler-Jones:** Just to tell you quick story, we were seeing another rise in hepatitis A, going to a new outbreak every ten years. We see nearly every kid under 15 years of age in the north in aboriginal communities develop hepatitis A. A few die. We had a new vaccine. I was discussing it with First Nations health and our health regions and decided that it will cost me \$125,000 to buy the vaccine. We made the decision after two meetings. We did it, and we essentially wiped out Hepatitis A in First Nations. I got my wrist slapped for it. If that had gone through the bureaucracy, we would still be arguing over whether the federal government should be paying for part of the vaccine, because it is aboriginal peoples. et cetera. However, that is not consistent and is not available to everyone. We do not all feel that way about how we do our job.

In terms of the advisory structure, I would see not so much a council of chief medical officers as the board for this agency, but that is one of the functioning groups related to this agency, but in terms of the governance, or advisory board is perhaps the better term, that would require federal and provincial representatives, as well as some external expertise, to oversee how this thing is all

**Le président:** Quelqu'un a parlé, je crois, d'un «centre national de santé publique». Si ce conseil, sous une forme ou une autre, incluait tous les médecins en chef des provinces, j'ai l'impression que vous pourriez accomplir beaucoup tout en demeurant à l'extérieur de la structure, même si le conseil était structuré de telle façon que certains membres auraient le droit de vote et d'autres, pas. L'un d'entre vous est médecin hygiéniste en chef et l'autre l'a déjà été. Est-ce que cela permettrait de contourner la bureaucratie tout en assurant la coordination dont il a été question?

**Le Dr D'Cunha:** J'ai toujours été entièrement libre de m'acquitter de mes obligations professionnelles comme je l'entends. Jusqu'à la fin de cette année-ci, j'étais directeur et je suis maintenant commissaire et sous-ministre adjoint. Pour cet aspect de mon travail, quand je veux dépenser des ressources, il faut que je me conforme aux façons de faire et aux politiques de la fonction publique. Je peux autoriser l'affectation de certains fonds d'urgence, mais il faudrait que j'en justifie chaque cent selon les règles s'appliquant à la fonction publique et, parfois, cela pose un problème. Je ne veux pas vous sembler naïf et vous laisser croire qu'on peut dépenser l'argent comme on veut et sans tirer. De toute évidence, les sociétés d'État, les organismes sans lien de dépendance, appelez-les comme vous le voulez, ont leurs avantages. Il existe des organismes comme l'Agence canadienne d'inspection des aliments, au niveau fédéral, qui permettent de le faire.

**Le président:** Que pensez-vous de l'idée de faire l'intégration en passant par le conseil, c'est-à-dire d'avoir au sein de cet organe les personnes qui ne travaillent pas pour la province?

**Le Dr D'Cunha:** Je dirais qu'il faudrait qu'il y ait, en plus des médecins hygiénistes en chef des provinces, d'autres personnes de l'extérieur du gouvernement qui travaillent en santé publique, car c'est essentiel. Je parle notamment de chercheurs universitaires, de certains spécialistes du domaine.

**Le Dr Butler-Jones:** Une petite anecdote en passant. Le nombre de cas d'hépatite A augmentait, et une nouvelle éclosion s'annonçait tous les dix ans. Presque chaque enfant de moins de 15 ans dans le Nord, dans les collectivités autochtones, contracte l'hépatite A. Quelques-uns en meurent. Nous avons un nouveau vaccin. J'en discutais avec les instances de santé des Premières nations et avec nos instances régionales et il a été décidé qu'une campagne de vaccination coûterait 125 000 \$. Nous avons pris la décision au bout de deux réunions. Nous avons acheté le vaccin et nous avons essentiellement éradiqué l'hépatite A au sein des Premières nations. Je me suis fait taper sur les doigts pour cela. S'il avait fallu passer par la bureaucratie, nous serions encore en train de décider s'il faut que le gouvernement fédéral en paie une partie, parce qu'il s'agit de peuples autochtones et ainsi de suite. Toutefois, c'est un cas isolé, et tous ne peuvent agir ainsi. Nous ne voyons pas tous notre travail ainsi.

Pour ce qui est de la structure consultative, je ne vois pas tant un conseil des médecins hygiénistes en chef pour administrer le centre, bien qu'il s'agisse d'un des groupes liés au fonctionnement de l'organisme, qu'une espèce de conseil consultatif qui inclurait des représentants fédéraux et provinciaux ainsi que certains experts de l'extérieur chargés de voir à la mise en place du centre.



coming together. Ultimately, we would report to the Minister of Health, and there are links back into the regular FPT processes, but it has a board of people who are chosen because of their perspectives in the nation, their competencies and their ability to reflect the broad issues that Canada faces in trying to pull this together.

**Senator Morin:** That was very well said.

**The Chairman:** Dr. D'Cunha, that is what you were trying to get to.

**Mr. Zapp:** Wynne Powell, the chair of our Provincial Health Service Authority is the head of London Drugs. He has quite a different attitude about how he thinks we operate. For example, he has at his fingertips, when he starts up every morning, exactly the movement of sales the day before and graphics, all to support his decisions around what to do next for the marketing interest of London Drugs.

My point is that I think we can learn a lot from other industries. Having them around the table, listening to problems that we bring there, and for them to apply technologies and ideas that have proven successful in their market place can be useful in ours.

**The Chairman:** I realize we indulged on in your time a lot longer than we intended to. Thank you very much.

The committee adjourned.

En fin de compte, nous ferions rapport au ministre de la Santé, et il existerait des liens avec les processus fédéraux-provinciaux-territoriaux normaux. Toutefois, le conseil serait composé de personnes choisies à cause de leurs points de vue, de leurs compétences et de leur connaissance des grands enjeux auxquels fait face le Canada dans cette tâche immense.

**Le sénateur Morin:** Voilà qui est fort bien dit.

**Le président:** Docteur D'Cunha, c'est bien ce que vous tentiez de faire comprendre?

**M. Zapp:** Wynne Powell, président de notre organisme provincial de santé publique, est à la tête de London Drugs. Il conçoit tout à fait différemment la façon dont nous devrions fonctionner. Par exemple, il a au bout des doigts, quand il commence sa journée le matin, le volume exact des ventes de la veille et des tableaux, toutes les données dont il se sert pour prendre des décisions dans le meilleur intérêt de London Drugs.

Ce que j'essaie de dire, c'est que nous avons selon moi beaucoup à apprendre des autres industries. Leur présence à la table où on leur décrirait nos problèmes et où ils pourraient appliquer des technologies et des idées qui ont eu du succès dans leur propre marché pourrait être utile.

**Le président:** Je sais que nous avons absorbé beaucoup plus de votre temps qu'il n'avait été prévu. Je vous remercie énormément.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

*As an individual:*

Dr. David Butler-Jones, Former Chief Medical Officer for  
Saskatchewan.

*From the Ministry of Health and Long-Term Care Ontario:*

Dr. Colin D'Cunha, Commissioner of Health, Chief Medical  
Officer and Assistant Deputy Minister.

*From the Institut national de santé publique du Québec (by  
videoconference):*

Dr. Richard Massé, Chief Executive Officer.

*From the British Columbia Centre for Disease Control:*

M.Ron Zapp, Provincial Executive Director.

#### TÉMOINS

*À titre personnel:*

Le Dr David Butler-Jones, ancien médecin hygiéniste en chef d  
Saskatchewan.

*Du ministère de la Santé et des Soins de long durée Ontario:*

Le Dr Colin D'Cunha, commissaire de la santé, médecin hygién  
en chef et sous-ministre adjoint.

*De l'Institut national de santé publique du Québec (by  
vidéoconférence):*

Le Dr Richard Massé, président-directeur général.

*Du British Columbia Centre for Disease Control:*

M.Ron Zapp, directeur exécutif provincial.





A1  
C26  
-551

Comptes  
Parlementaires



Second Session  
Thirty-seventh Parliament, 2002-03

## SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

# Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*

The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Wednesday, October 1, 2003  
Thursday, October 2, 2003

---

Issue No. 22

**Fourth and fifth meetings on:**

Public health emergencies arising from infectious disease

---

INCLUDING:

THE TWELFTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(Budget)

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2002-2003

## SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*

L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le mercredi 1<sup>er</sup> octobre 2003  
Le jeudi 2 octobre 2003

---

Fascicule n° 22

**Quatrième et cinquième réunions concernant:**

Problèmes de santé publique liés aux maladies infectieuses

---

Y COMPRIS:

LE DOUZIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Budget)

---

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\*Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Fairbairn substituted for that of the Honourable Senator Trenholme Counsell (*October 1, 2003*).

The name of the Honourable Senator Trenholme Counsell substituted for that of the Honourable Senator Cook (*October 1, 2003*).

The name of the Honourable Senator Cordy substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (*September 30, 2003*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Keon	Rossiter
Léger	Trenholme Counsell

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn est substitué à celui de l'honorable sénateur Trenholme Counsell (*le 1<sup>er</sup> octobre 2003*).

Le nom de l'honorable sénateur Trenholme Counsell est substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (*le 1<sup>er</sup> octobre 2003*).

Le nom de l'honorable sénateur Cordy est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (*le 30 septembre 2003*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, October 1, 2003  
(32)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:50 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche, and Trenholme Counsell (9).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the committee continued its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Public Health Association:*

Dr. Christina Mills, President.

*From the University of Ottawa:*

Dr. Joseph Losos, Director, Institute of Population Health.

Dr. Christina Mills and Dr. Joseph Losos each made a presentation.

At 4:05 p.m., Senator Kirby assumed the Chair.

Dr. Christina Mills and Dr. Joseph Losos answered questions.

At 5:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Thursday, October 2, 2003  
(33)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:06 a.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche, and Trenholme Counsell (9).

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 1<sup>er</sup> octobre 2003  
(32)

[Traduction]

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 50, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Trenholme Counsell (9).

*Étaient présents:* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité poursuit son étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé publique canadien, de même que de la capacité du Canada de faire face à des situations d'urgence en matière de santé publique causées par l'éclosion de maladies infectieuses.

**TÉMOINS:**

*De l'Association canadienne de santé publique:*

La Dre Christina Mills, présidente.

*De l'Université d'Ottawa:*

Le Dr Joseph Losos, directeur, Institut de recherche sur la santé des populations.

La Dre Christina Mills et le Dr Joseph Losos font chacun une déclaration.

À 16 h 05, le sénateur Kirby prend le fauteuil.

La Dre Christina Mills et le Dr Joseph Losos répondent aux questions.

À 17 h 30, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

OTTAWA, le jeudi 2 octobre 2003  
(33)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Léger, Morin, Roche et Trenholme Counsell (9).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, June 19, 2003, the committee continued its study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Coalition for Public Health in the 21st Century:*

Ms. Elinor Wilson, Co-Chair;

Dr. Maureen Law, Member.

Ms. Elinor Wilson and Dr. Maureen Law made a presentation and answered questions.

At 12:34 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

*Le greffier du comité,*

Daniel Charbonneau

*Clerk of the Committee*

*Étaient présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 19 juin 2003, le comité poursuit son étude de l'infrastructure et de la gouvernance du système de santé public canadien, de même que la capacité du Canada d'intervenir dans des situations d'urgence en matière de santé publique résultant de l'éclosion de maladies infectieuses.

**TÉMOINS:**

*De la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle:*

Mme Elinor Wilson, coprésidente;

La Dre Maureen Law, membre.

Elinor Wilson et Maureen Law font une déclaration, puis répondent aux questions.

À 12 h 34, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**



**REPORT OF THE COMMITTEE**

Tuesday, September 30, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

**TWELFTH REPORT**

Your Committee, which was authorized by the Senate on June 19, 2003, to examine and report on the infrastructure and governance of the public health care system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease, respectfully requests that it be empowered to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of its study.

Pursuant to section 2:07 of the *Procedural Guidelines for the Financial Operation of Senate Committees*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that Committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

*La vice-présidente,*

MARJORY LEBRETON

*Deputy Chair*

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le mardi 30 septembre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

**DOUZIÈME RAPPORT**

Votre Comité, autorisé par le Sénat le 19 juin 2003 à examiner pour en faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses, demande respectueusement qu'il soit autorisé à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de son étude.

Conformément à l'article 2:07 des *Directives régissant le financement des Comités du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

**THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY  
APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2004**

Extract from the *Journals of the Senate* of June 19, 2003:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Senator Pépin:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease. In particular, the Committee shall be authorized to examine and report on: the state and governance of the public health infrastructure in Canada;

- the roles and responsibilities of, and the coordination among, the various levels of government responsible for public health;
- the monitoring, surveillance and scientific testing capacity of existing agencies;
- the globalization of public health;
- the adequacy of funding and resources for public health infrastructure in Canada;
- the performance of public health infrastructure in selected countries;
- the feasibility of establishing a national public health legislation or agency as a means for better coordination and integration and improved emergency responsiveness;
- the Naylor Advisory Group Report and recommendations.

That the Committee submit its report no later than March 31, 2004.

The motion, as amended, was adopted.

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

**SUMMARY OF EXPENDITURES**

Professional and Other Services	\$ 8,500
Other Expenditures	\$ <u>500</u>
TOTAL	\$ 9,000

The foregoing budget was approved by the Committee on.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

---

Date	Honourable Senator Michael Kirby Chair, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology
------	--

---

Date	Honourable Senator Lise Bacon Chair, Standing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration
------	---



**STANDING COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY**  
**EXPLANATION OF COST ELEMENTS**

**PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES**

Research Consultant	\$	6,000	
Working Meals			
Working lunches and dinners	\$	<u>2,500</u>	
<b>Subtotal</b>			<b>\$ 8,500</b>

**ALL OTHER EXPENDITURES**

Miscellaneous	\$	<u>500</u>	
<b>Subtotal</b>			<b>\$ <u>500</u></b>

<b>TOTAL</b>			<b>\$ 9,000</b>
--------------	--	--	-----------------

The Senate Administration has reviewed this budget application.

\_\_\_\_\_  
Heather Lank  
Director of Committees and Private Legislation

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Hélène Lavoie  
Director of Finance

\_\_\_\_\_  
Date

**LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE  
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2004**

Extrait des *Journaux du Sénat* du 19 juin 2003 :

L'honorable sénateur Cook, au nom de l'honorable sénateur Kirby, propose, appuyé par l'honorable sénateur Pépin :

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier et à faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. Le Comité sera notamment autorisé à étudier :

- l'état de l'infrastructure sanitaire au Canada et sa gouvernance;
- les attributions des paliers de gouvernement responsables de la santé publique et leur coordination;
- la capacité de contrôle, de surveillance et de tests scientifiques des organismes existants;
- la mondialisation de la santé publique;
- le niveau de financement et de ressources affectés aux infrastructures sanitaires au Canada;
- la performance des infrastructures sanitaires de certains pays;
- la pertinence d'une loi ou d'une agence nationale chargée d'accélérer, de mieux coordonner et de mieux intégrer la réaction aux urgences;
- le rapport du Groupe consultatif Naylor et ses recommandations.

Que le Comité dépose son rapport au plus tard le 31 mars 2004.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul Bélisle

**SOMMAIRE**

Services professionnels et autres	8 500 \$
Autres dépenses	<u>500 \$</u>
<b>TOTAL</b>	<b>9 000 \$</b>

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité le 17 septembre 2003.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date	L'honorable sénateur Michael Kirby Président, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie
------	---

Date	L'honorable sénateur Lise Bacon Présidente, Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration
------	---



**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES,  
DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE  
EXPLICATIONS DES POSTES DE DÉPENSES**

**SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES**

Agent de recherche	6 000 \$	
Repas de travail		
Déjeuners et soupers de travail	<u>2 500 \$</u>	
<b>Sous total</b>		<b>8 500 \$</b>

**AUTRES DÉPENSES**

Divers	<u>500 \$</u>	
<b>Sous total</b>		<b><u>500 \$</u></b>

<b>TOTAL</b>		<b>9 000 \$</b>
--------------	--	-----------------

L'administration du Sénat a examiné le budget

\_\_\_\_\_  
Heather Lank  
Directrice des Comités et de la Législation privée

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Hélène Lavoie  
Directrice des Finances

\_\_\_\_\_  
Date

## APPENDIX (B) TO THE REPORT

THURSDAY, September 25, 2003

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2004 for the purpose of its Special Study on Public Health, as authorized by the Senate on Thursday, June 19, 2003. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 8,500
Transport and Communications	\$ 0
Other Expenditures	<u>\$ 500</u>
<b>Total</b>	<b>\$ 9,000</b>

Respectfully submitted,

*La présidente,*

LISE BACON

*Chair*

## ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le JEUDI 25 septembre 2003

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget présenté par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2004 aux fins de leur Étude spéciale sur la santé publique, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 19 juin 2003. Le budget approuvé se lit comme suit:

Services professionnels et autre	8 500 \$
Transports et des communications	0 \$
Autres dépenses	<u>5 00 \$</u>
<b>Total</b>	<b>9 000 \$</b>

Respectueusement soumis,



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 1, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:50 p.m. to study the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Deputy Chairman:** Honourable senators, I welcome our witnesses today from the Canadian Public Health Association, Dr. Christina Mills, and from the University of Ottawa, Dr. Joseph Losos. Dr. Mills, please proceed.

**Dr. Christina Mills, President, Canadian Public Health Association:** Thank you for inviting me here today to speak on behalf of the Canadian Public Health Association. As you may be aware, the Canadian Public Health Association, CPHA, is a national, non-profit, voluntary organization with a broad membership from many professions and areas of interest. For nearly 100 years, we have been in the forefront of efforts to promote health and prevent disease in Canada. Our members include the public health professionals whose daily work protects and promotes the health of Canadians, ensuring drinking water safety and safe foods, preventing infectious disease through immunization, promoting health through education and advocacy for policy change — seat belt legislation, bicycle helmets, tobacco reduction, et cetera. We work in partnership with individuals and organizations in many sectors. I understand that, tomorrow, you will hear from the Canadian Coalition for Public Health in the 21st century, which was convened by the CPHA.

Among the many achievements of public health in the past century are the eradication of smallpox; elimination of polio; control of the many vaccine-preventable diseases; declines in motor vehicle fatalities, thanks to seat belts and safety seats; and reductions in drinking and driving. However, perhaps we have been a little complacent about some of these successes and in our zeal to cut deficits and protect access to necessary treatment services, we have neglected public health. The just-in-time mentality has left us with empty warehouses in our time of need.

We have neglected public health and are now seeing the consequences in under staffing, lack of surveillance and communication systems and lack of a surge capacity when we

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 1<sup>er</sup> octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 50 pour étudier l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que la capacité du Canada à réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**La vice-présidente:** Honorables sénateurs, je voudrais tout d'abord souhaiter la bienvenue à nos témoins, soit Mme Christina Mills de l'Association canadienne de santé publique, et le Dr Joseph Losos, de l'Université d'Ottawa. Docteur Mills, vous avez la parole.

**La Dre Christina Mills, présidente, Association canadienne de santé publique:** Merci de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui au nom de l'Association canadienne de santé publique. Comme vous le savez peut-être, l'Association canadienne de santé publique, l'ACSP, est un organisme bénévole national à but non lucratif dont les membres représentent toute la gamme des professions et secteurs d'activité. Depuis presque 100 ans, nous avons été au premier plan des efforts déployés pour promouvoir la santé et la prévention des maladies au Canada. Nos membres comprennent les professionnels de la santé publique dont le travail quotidien consiste à protéger et à promouvoir la santé des Canadiens, à garantir la qualité de l'eau potable et l'innocuité des aliments, à prévenir les maladies infectieuses grâce à l'immunisation, et à défendre des changements de politique — soit la loi imposant le port des ceintures de sécurité et des casques pour vélo, la réduction du tabagisme, et cetera. Nous travaillons de concert avec les particuliers et les différents organismes dans de nombreux domaines. Je crois savoir que vous recevrez demain les responsables de la Coalition canadienne de la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle, Coalition organisée au départ par l'ACSP.

Parmi les nombreuses réalisations des programmes de santé publique au cours du dernier siècle, nommons, entre autres, l'élimination de la variole, l'élimination de la poliomyélite; le contrôle de nombreuses maladies pouvant être prévenues par un vaccin; la baisse du nombre de décès dus aux accidents de la route, grâce au port de la ceinture de sécurité et à l'utilisation des sièges de sécurité; et la baisse du nombre d'accidents causés par la conduite en état d'ébriété. Cependant, peut-être nous sommes-nous contentés de ces quelques succès et, qui plus est, dans le cadre de nos efforts pour réduire les déficits et protéger l'accès aux services et aux traitements essentiels, avons-nous négligé la santé publique. La philosophie du juste-à-temps nous a laissé des entrepôts vides au moment même où nos besoins étaient les plus importants.

Nous avons négligé la santé publique et nous en subissons actuellement les conséquences, puisque nous constatons l'insuffisance de nos ressources humaines, de nos systèmes de

see threats such as SARS. The tragedies of SARS, Walkerton and the Battlefords are the wake-up call. We must act to strengthen the public health system as a whole and we must do it now.

There will be no quick fixes for this. Canada cannot prevent SARS or whatever infectious disease outbreak comes next by cherry-picking a few recommendations from among the myriad that you are bound to hear at this table. Prevention is a fundamental precondition of sustainability and unless we pay more attention to prevention, the best treatment system in the world will eventually be overwhelmed by rising demand.

In our written brief, we describe some of benefits of prevention in terms of health outcomes, savings to the treatment system in indirect costs and examples from immunization and chronic disease prevention. I will not speak to that in detail because I want to emphasize now that to realize these benefits, we urgently need to develop system capacity. We need to prepare for the future by planning and investing now with an immediate and substantial investment in the front lines of public health in the current system. To give you an idea of the scope of the gap, we are suggesting \$1 billion.

In the mid-term, we would gradually increase the proportion of health spending dedicated to public health so that it doubles over five years from — estimates currently vary from less than 2 per cent up to 4 per cent. The Canadian Institute for Health Information, CIHI, has acknowledged that our systems, which identify the amount spent on public health, are in bad need of an investment.

Part of this increase in public health spending should be directed to a coherent public health human resource strategy, one that would explicitly address training, recruitment and retention needs for a broad range of the disciplines needed for public health. The first ministers recognized the need for a health human resource strategy in the 2000 accord, and again last February, as did the Romanow commission. Public health human resources need to be explicitly addressed within any national health human resource strategy. We have not observed that the needs for public health human resources have been adequately considered in any of the proposals to date.

It is important to note that we would not be starting from zero. We have many existing elements, much strength and a great deal of expertise but we need to consolidate and build and expand on those. We recommend, therefore, the creation of a national,

surveillance et de communication, et de notre capacité de répondre à un éventuel accroissement de la demande face à des menaces comme le SRAS. Les tragédies du SRAS, de Walkerton et de Battleford sont en quelque sorte des appels à l'action. Nous devons agir pour renforcer le système de santé publique dans son ensemble, et nous devons agir immédiatement.

Or il n'y a pas de solution miracle. Le Canada ne sera pas en mesure de prévenir le SRAS ou la prochaine poussée de maladie infectieuse en décidant de retenir quelques-unes des nombreuses recommandations qui seront faites aujourd'hui autour de cette table. La prévention est une precondition fondamentale du maintien du système, et à moins de mettre davantage l'accent sur la prévention, même le meilleur système de soins du monde finirait par être incapable de répondre à la demande croissante de services.

Dans notre mémoire écrite, nous décrivons certains des avantages de la prévention sur le plan des résultats sanitaires, les économies en matière de dépenses indirectes qui sont réalisées pour le système de soins, et nous donnons certains exemples de cas d'immunisation et de prévention de maladies chroniques. Je ne vais pas vous en parler en détail maintenant, car je préfère insister auprès de vous sur la nécessité de renforcer la capacité du système afin de profiter de ces avantages. Il nous faut préparer l'avenir en faisant une bonne planification et en investissant dès maintenant et de façon importante dans les services de santé publique de première ligne. À notre avis, l'écart entre le niveau de financement approprié et le financement actuel du système est de l'ordre de 1 milliard de dollars.

À moyen terme, nous recommandons que la proportion de dépenses sanitaires consacrées à la santé publique soit progressivement augmentée de manière à doubler sur cinq ans — selon les estimations, ces dépenses se situeraient actuellement entre moins de 2 p. 100 et 4 p. 100. L'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, reconnaît que nos systèmes, qui permettent de connaître les sommes consacrées à la santé publique, ont gravement besoin de crédits.

Une partie de l'accroissement des dépenses de santé publique devrait servir à financer une stratégie courante de ressources humaines en santé publique, qui aborderait directement la question de la formation, du recrutement et du maintien en poste des ressources humaines dans une vaste gamme de disciplines qui sont requises pour assurer la santé publique. Les premiers ministres ont reconnu la nécessité d'élaborer une stratégie de ressources humaines sanitaires dans l'accord de 2000, et encore une fois en février dernier, comme l'a fait d'ailleurs la commission Romanow. La question des ressources humaines dans le domaine de la santé publique doit être directement abordée dans toute stratégie nationale de ressources humaines sanitaires. À notre avis, les propositions présentées jusqu'ici ne proposent pas des solutions adéquates pour répondre aux besoins en matière de ressources humaines du secteur de la santé publique.

Il faut cependant vous faire remarquer qu'il ne s'agirait pas de partir de zéro. Nous disposons déjà d'un bon nombre de ressources, d'une force impressionnante et d'une excellente expertise, mais nous devons faire fond sur nos acquis en



independent public health agency that would be at arm's length from government and report to Parliament through the Minister of Health. Dr. Losos will speak in more detail to the desirable characteristics and advantages of such an agency that would be headed by a national public health officer — a national focal point for public health expertise and leadership — which is so badly needed.

Along with these, we need legislative reform to modernize and harmonize the existing regulatory patchwork that sometimes acts more as a hindrance than help to ordinary public health operations, let alone emergencies such as SARS.

We need new funding and reporting mechanisms to ensure accountability to Canadians for the investment of their tax dollars. The return on their investment would be improved health and well-being. We need surveillance and other information systems to ensure that those who need information for decision-making get that information when they need it and not with the advantage of hindsight. We need communication systems and protocols so that the system acts as a smoothly coordinated whole in critical times.

If we learned anything from the SARS experience, I hope we learned that jurisdictional turf cannot and must not be allowed to block the road to public health. Mr. Romanow heard that message loudly and clearly. Canadians are fed up with federal/provincial/territorial wrangling. They do not care whose job it is, they just want it done.

There is one indisputable role of the federal government in this — leadership. Leadership can be exercised in many ways. For example, it can be accomplished through your own choices about how health decisions are made in the public service workforce and within your ranks. It can be accomplished through using your financial powers in targeting transfers to specific public health functions so that Canadians health is protected in all provinces. It can be accomplished by collaboratively leading a process to develop, together with partners in other jurisdictions and sectors, a comprehensive set of strategies to address the gamut of public health challenges facing Canadians and to ensure a system that can meet the challenges of tomorrow. I think Canadians expect and deserve no less from their federal government.

cherchant à faire progresser notre système. Nous recommandons par conséquent la création d'un organisme de santé publique national et indépendant qui ne relèverait pas directement du gouvernement et qui serait donc responsable devant le Parlement par l'entremise de la ministre de la Santé. Le Dr Losos vous donnera d'autres détails un peu plus tard concernant les caractéristiques et avantages d'un tel organisme qui serait dirigé par un spécialiste national de la santé publique — et qui serait une sorte de centre national d'expertise et de leadership en matière de santé publique — et dont nous avons tant besoin.

De plus, nous avons besoin de réforme législative pour moderniser et harmoniser l'ensemble de mesures réglementaires disparates qui existent à l'heure actuelle et qui, plus souvent qu'autrement, compromettent les opérations ordinaires de santé publique au lieu de les favoriser, sans parler évidemment d'urgences telles que la crise du SRAS.

Nous avons besoin d'argent frais et de mécanismes de communication de l'information pour garantir que les responsables dans ce domaine rendent compte de l'utilisation des deniers publics. Le rendement de leur investissement serait l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. Nous avons besoin de systèmes de surveillance et d'information pour nous assurer que ceux qui ont besoin d'information pour prendre des décisions obtiennent celle qu'il leur faut au moment où ils en ont besoin, plutôt que d'en bénéficier rétrospectivement. Nous avons besoin de systèmes et de protocoles de communication, afin que notre système continue de fonctionner sans anicroche et d'être bien coordonné en période de crise.

Si nous pouvons tirer quelque chose de l'expérience du SRAS, j'espère que nous aurons appris qu'il faut absolument éviter que des conflits de compétence nous empêchent de garantir la santé publique. On a communiqué ce message à M. Romanow en termes clairs et énergiques. Les Canadiens en ont assez des disputes fédérales-provinciales-territoriales. Cela ne les intéresse pas de savoir de qui relève la responsabilité; ils veulent tout simplement qu'on passe à l'acte.

Par contre, on reconnaît au gouvernement fédéral un rôle incontestable — soit celui du chef de file. On peut d'ailleurs jouer ce rôle de maintes façons différentes. Par exemple, on peut faire preuve de leadership en faisant certains choix sur la façon dont les décisions liées à la santé sont prises dans la fonction publique et au sein de sa propre organisation. On peut y arriver également en se servant de ses pouvoirs en matière de financement pour affecter certains transferts à des activités ou initiatives précises dans le domaine de la santé publique, afin que la santé des Canadiens soit protégée dans toutes les provinces. On peut également être un chef de file en dirigeant, de concert avec ses partenaires d'autres provinces, territoires et secteurs d'activité, un processus visant à élaborer une série complète de stratégies permettant de régler les problèmes auxquels les Canadiens se trouvent confrontés en matière de santé publique et de garantir que le système de soins sera à la hauteur des défis de demain. À mon sens, les Canadiens ont le droit de s'attendre à ce que leur gouvernement fédéral joue un tel rôle.

After Dr. Losos speaks, I will be happy to answer your questions.

**The Deputy Chairman:** Dr. Losos, please proceed.

**Dr. Joseph Losos, Director, Institute of Population Health, University of Ottawa:** Thank you, it is an honour to be invited to address these hearings.

Honourable senators, Canada's public health system has evolved over decades of success through immunization programs and numerous disease control and response activities. As a result, Canada's state of health and well-being is among the best in the world — not in all indices, but in very many. However, it is vital to note that our system of human public health and health in general was addressed in the Constitution. It evolved, in large part, as provincial responsibility, shifting gradually over the decades to investment in the health care system, as opposed to public health. The public health system was designed for decades past. Although it is certainly true that adjustments and improvements have been made over time, it is a long-standing system.

The SARS outbreak demonstrated two main issues to us. The dedication of our public health officials and workers was exemplary, and jurisdictions did absolutely the best they could with the machinery they had to work with. The second observation is that our capacity in a globalized world is now too limited in a number of ways. I would like to go into these a little bit.

Globalization dictates that quick travel by anyone in the world can happen within hours. Transmission rates of infection occur beyond our previous comprehension; we saw that in the AIDS epidemic. Global commerce dictates food outbreaks occur from the same source across continents simultaneously, and that has never happened before. Ecosystems have been changed and are degrading, causing everything from Lyme disease to similar types of outbreaks, with the migration north now of vectors of horrible viruses such as West Nile.

Behavioural change: migration into cities and away from rural areas, the mixing of cultures and change in cultural values because of urbanization add to that kind of behavioural change, and changes our very approach to diseases. There is also the evolution of microbial adversaries, such as the emergence of pathogens, as we saw in SARS, and antibiotic resistance, with which we are all too familiar, as it increases.

Quand le Dr Losos aura fait son exposé, je serai à votre disposition pour répondre à vos questions.

**La vice-présidente:** Docteur Losos, vous avez la parole.

**Le Dr Joseph Losos, directeur, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa:** Merci, je suis honoré d'avoir aujourd'hui l'occasion de présenter mes vues dans le cadre de vos audiences.

Honorables sénateurs, le système canadien de santé publique a progressé au fil des décennies grâce à des programmes d'immunisation et de lutte contre les maladies. Par conséquent, l'état de santé et le bien-être des Canadiens sont parmi les plus élevés du monde — pas selon tous les indices, mais selon un bon nombre d'entre eux. Par contre, il convient de faire remarquer que les questions de la santé publique et de la santé en général sont inscrites dans la Constitution du Canada. Au fil des ans, ces questions sont devenues de plus en plus une compétence provinciale qui, au lieu de viser uniquement la santé publique, finit par englober la question de l'investissement dans le système de soins proprement dit. D'ailleurs, notre système de soins a été conçu pour répondre à une situation qui est révolue depuis voilà plusieurs décennies. Bien que certaines modifications et améliorations y ont été apportées au cours des années, notre régime actuel est en place depuis fort longtemps.

La poussée du SRAS nous a fait prendre conscience de deux choses bien importantes. D'abord, le dévouement des spécialistes et des travailleurs de la santé publique est exemplaire, et deuxièmement, les provinces concernées ont profité au maximum de l'appareil et des outils qui leur étaient disponibles. La deuxième observation que j'aurais à faire à ce sujet est que notre capacité dans une société mondialisée est à présent trop limitée, et ce à plusieurs égards. Permettez-moi donc de vous dire de quoi il s'agit.

Le phénomène de la mondialisation signifie que les voyages d'une partie du monde à une autre peuvent se faire très rapidement, soit en quelques heures. Ainsi les taux de transmission des infections dépassent maintenant notre entendement; c'est ce que nous avons d'ailleurs constaté avec l'épidémie du sida. L'avènement du commerce mondial signifie que la source de poussées de toxi-infections alimentaires surgissant sur plusieurs continents simultanément peuvent avoir la même source, alors que cela ne s'est jamais produit jusqu'à présent. Les écosystèmes évoluent et sont en pleine dégradation, causant ainsi toutes sortes de maladies allant de la maladie de Lyme à des éclosions de type semblable, et nous observons même la migration vers le Nord de vecteurs de virus extrêmement virulents tels que le virus du Nil occidental.

Parlons aussi du changement comportemental: la migration vers les villes et l'exode des régions rurales, le métissage des cultures, et l'évolution des valeurs culturelles par suite de l'urbanisation ne font que favoriser ce changement comportemental, si bien que notre façon d'aborder la lutte contre les maladies se trouve également changée. Mentionnons également l'évolution des antagonistes microbiens — par



Public health is an effective, silent sentinel for health, but we cannot remain with 13 largely fragmented jurisdictions. The public expects and demands effective public health, and public health seems to become visible only when things go wrong.

It is not, in my view, that we must be transformative because we have not worked hard enough, or because historically our systems have failed. I do not believe that is true. We must change because we must not try to anticipate and manage 21st century globalized problems, such as SARS, with systems designed decades ago. It really is time for us to upgrade these. We cannot stop at involving only the health sector, but must include other sectors such as agriculture, environment, the Department of National Defence as far as operations are concerned — there is no one more efficient — and other sectors.

Public health by definition is multi-sectoral and we must be multi-sectoral. We cannot rely on one department, one sector, in order to respond. If we do, in my opinion, we will be doomed.

In my written brief to this committee, which is short, I have outlined my vision of what a world-class system needs. I do not know if it has been handed out, but it is a quick read, honourable senators. I believe that we need an agency or a governance position of some kind like that, outside of a direct departmental reporting relationship, because of the flexibility it gives — flexibility in leadership, as Dr. Mills has suggested, in decision making, so that decision making can be quick and not rely on a series or steps of permission giving. Management systems in such a governance model are much more flexible, and one can be much more competitive for the type of scientists that one will need.

Also, for planning purposes, an agency such as this would not be bound to the planning cycles of the government systems that exist, but could plan for longer term risks such as chronic diseases of 15 or 20 years. That is difficult in today's system. An agency would be able to mount a quick response and would be able to coordinate communication as is necessary, and I will come back to that in a second.

It needs primacy of the federal minister. There is no question that this agency must report to Parliament through the Minister of Health — or to the Minister of Health, if that is what this committee recommends. There must be harmonization of

exemple, l'émergence de nouveaux agents pathogènes, comme ce fut le cas pour le SRAS, et l'antibiorésistance, problème que nous connaissons déjà fort bien, et qui tend à s'aggraver.

Les services de santé publique constituent une sentinelle efficace et silencieuse, mais nous ne pouvons nous permettre de garder une structure qui s'articule autour de 13 administrations essentiellement fragmentées. Le public exige que les services de santé publique soient efficaces, alors que ces derniers ne deviennent visibles qu'en temps de crise.

À mon avis, il ne s'agit pas maintenant de nous transformer sous prétexte que nous n'avons pas travaillé assez fort ou que nos systèmes n'ont pas donné les résultats escomptés. En ce qui me concerne, ce n'est pas le cas. Il nous faut changer parce qu'il ne convient plus d'essayer de prévoir et de gérer des problèmes comme le SRAS qui touchent toutes les régions du monde à l'aide de systèmes conçus il y a des dizaines d'années. Il faut maintenant actualiser et mettre à niveau nos systèmes. Et cet effort doit viser non seulement le secteur des soins, mais d'autres secteurs et organismes, tels que l'agriculture, l'environnement, le ministère de la Défense nationale, du moins pour ce qui est des opérations — personne n'est plus efficace — et d'autres encore.

Les interventions de santé publique sont par définition multisectorielles, et nos efforts doivent donc également être multisectoriaux. Il ne peut être question d'avoir recours à un seul ministère ou un seul secteur pour intervenir. Adopter une telle approche signifie pour moi que nous courons forcément à la catastrophe.

Dans le mémoire écrit que j'ai soumis à l'examen du comité, qui est très court, j'ai présenté brièvement ma vision des mesures qu'il faut prendre pour que notre système de soins de santé soit de calibre mondial. Je ne sais pas si on vous a remis une copie de mon mémoire, mais je vous assure, honorables sénateurs, que vous pourrez le lire rapidement. À mon avis, il nous faut créer un organisme ou un poste de responsabilité qui ne relèverait pas directement d'un ministère, pour la souplesse additionnelle que cela supposerait — souplesse sur le plan du leadership, comme le proposait la Dre Mills, et de la prise de décisions, pour que le processus décisionnel puisse être rapide et ne pas dépendre d'une série d'étapes par lesquelles il faut passer pour obtenir à chaque fois l'autorisation requise. Les systèmes de gestion d'un tel modèle de gouvernance seraient beaucoup plus souples, permettant ainsi à l'organisme en question d'être plus concurrentiel pour ce qui est d'obtenir le type de scientifiques qu'il lui faudra.

De plus, pour les besoins de la planification, un organisme de cette nature ne serait pas lié par les cycles de planification du gouvernement, et pourrait donc établir des prévisions et plans à l'égard de risques à plus long terme, tels que les maladies chroniques d'il y a 15 ou 20 ans. Voilà qui est difficile dans le système actuel. Cet organisme serait à même d'intervenir rapidement et de coordonner les communications conformément à ses besoins; d'ailleurs je vais y revenir dans quelques secondes.

Mais il a besoin de l'autorité dont jouit un ministre fédéral. Il ne fait aucun doute que cet organisme devra être comptable envers le Parlement par l'entremise du ministre de la Santé, ou encore envers le ministre, si telle est la recommandation du

legislation and infrastructure with the provinces and other partners. However, at the same time as we do this harmonization, there must be an ability for this commissioner or director, whatever we end up calling it, to act nationally by the power of legislation when that is needed.

With this legislation, there needs to be a flexibility to manage locally. We have excellent institutions in some of the provinces. The National Institute for Public Health in Quebec is exemplary; we have the B.C. Centre for Disease Control, which is a really interesting mix of academia and governmental capacity. We must allow those capacities to be part of a network, or a coordinated system, that is this public health network that we are talking about.

I suggest that the commissioner should be a public health professional, and that that professional run this and lead this agency and be accountable for the performance of this agency to the minister and to Parliament. I was on the scientific advisory board of the National Center for Infectious Diseases of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC, for nine years, and health professionals run all of their programs. Throughout the system, they have a lot of MBAs who actually make things work and balance the books and do everything managerial that it takes, but there is no question that the thinking and the direction and leadership comes from health professionals.

We must increase the development of more experts and a surge capacity in Canada so we can respond to greater threats, or multiple threats if they occur. We saw in the SARS epidemic that we were virtually on the edge just with one outbreak. If we would have had two, the people on the front lines tell me we would not have been able to handle it. It is vitally important that we have professional communication coordinated by the commissioner or by this agency for correct, consistent messages for credibility with the public, which is vital; for the professionals, so that the message goes out consistently; and for international partners, who expect this of us constantly.

Honourable senators, at this time I will stop and answer any questions that you may have.

**The Chairman:** May I say to the witnesses and committee that I was speaking in Niagara Falls this morning to a coalition of four major mental health groups, and the question and answer period went so long I missed my plane, which is why I am here late.

**Senator Roche:** I thank the witnesses for a very stimulating presentation.

comité. Il faut procéder à l'harmonisation des lois et structures avec celles des provinces et d'autres partenaires. Cependant, en effectuant cette harmonisation, il importe de s'assurer que le commissaire ou directeur de cet organisme, selon le titre qu'on lui donnera, aura le pouvoir d'intervenir au niveau national en recourant aux mesures législatives, lorsqu'il le faudra.

Avec cette législation, il faudra aussi s'assurer d'accorder aux autorités locales une marge de manoeuvre suffisante pour leur permettre de gérer leurs propres activités. Nous disposons d'excellentes institutions dans certaines provinces. L'Institut national de santé publique du Québec est un modèle; nous avons également le B.C. Centre for Disease Control, qui allie la présence d'universitaires à une capacité gouvernementale. Nous devons faire en sorte que cette autre capacité s'intègre à un réseau, ou un système coordonné — c'est-à-dire le réseau de santé publique dont nous parlons.

À mon avis, ce commissaire devrait être un spécialiste de la santé publique, et ce spécialiste devrait diriger cet organisme et être comptable envers le ministre et le Parlement de la performance de ce dernier. J'ai siégé pendant neuf ans au Comité consultatif scientifique du Centre national des maladies transmissibles du Centre de lutte contre les maladies, le CDC, et je sais que des professionnels de la santé dirigent la totalité de leurs programmes. Parmi leur personnel — et ce dans l'ensemble du système — ils ont beaucoup de dirigeants qui détiennent une maîtrise en administration des affaires qui réussissent à faire fonctionner les programmes, à équilibrer les budgets et à bien s'acquitter de toutes les tâches administratives, mais il ne fait aucun doute que la réflexion, l'orientation et le leadership émanent des professionnels de la santé.

Nous devons accélérer la formation et le perfectionnement d'un plus grand nombre d'experts et d'une capacité d'intervention intensive au Canada afin de pouvoir réagir à des menaces plus importantes, ou éventuellement à une multiplicité de menaces. Avec la crise du SRAS, nous avons constaté avec quelle rapidité nous sommes arrivés presque au bout de nos capacités, alors qu'il s'agissait d'une seule poussée. S'il y en avait eu deux, selon les travailleurs de première ligne, nous n'aurions pas été en mesure de nous en sortir. Il est essentiel qu'il existe un réseau de communication professionnelle coordonné par le commissaire ou le directeur de cet organisme pour garantir la communication de messages cohérents et exacts que le public juge crédible; cela est tout aussi essentiel pour les professionnels, afin que le message qu'ils reçoivent soit cohérent, et pour nos partenaires internationaux, qui s'y attendent toujours de notre part.

Honorables sénateurs, je vais m'en tenir là et je me mets à votre disposition pour répondre à vos questions.

**Le président:** Je voudrais simplement informer les témoins et les membres du comité du fait que je devais faire un discours ce matin à Niagara Falls devant un regroupement de quatre grands organismes ou associations de santé mentale, et que j'ai manqué mon avion parce que la période des questions et réponses a duré très longtemps. C'est pour cela que je suis arrivé en retard.

**Le sénateur Roche:** Je voudrais remercier les témoins pour leurs exposés très stimulants.



Dr. Mills, you drew our attention, as others have also, to the need for a Canadian public health agency. How do you see the agency being operated in a jurisdictional way? You said, Dr. Mills, that it should report to Parliament. I am wondering how you see it in relation to the provinces. I will leave that as an open-ended question before I pursue some detail.

**Ms. Mills:** I agree with Dr. Losos that we need a national public health leadership focus. In certain situations it will be necessary to have the legislative underpinning so that there will be sort of a command and control function for a public health emergency. That function would be supported by legislation so that it had the power to actually set into place a train of events to respond to emergencies. I do not think it can be a multi-jurisdictional entity. It must be a national entity, but there also must be agreements and protocols with the provincial jurisdictions so that it functions as a networked system. I do not think Canadians expect or hope for some kind of monolithic thing that will be the be-all and end-all and be able to have every single function brought inside. However, there must be some way of harmonizing and coordinating the elements that we already do have, and adding what is needed. We need sort of a mandated or regulatory glue to hold the system together as a networked, coherent system.

**Senator Roche:** You talked about harmonizing and coordinating, and I certainly agree, but the history of the relationship between the federal government and the provincial governments is anything but harmonious and coordinating.

I would like to pursue my question by taking up Dr. Losos' points. When you talked about 13 fragmented jurisdictions being incompatible with the needs of globalization in the 21st century, I think you hit it right on. You said that the system that we are operating under was designed decades ago and is not satisfactory to deal with 21st century globalization questions of health. SARS was a dramatic example. You added that the public health agency should be under the primacy of a federal minister.

I want you to know, Dr. Losos, that I agree completely with every word you said, but I come from the province of Alberta and not everyone in Alberta, including important officials of the Government of Alberta, agrees with you and me. We have to figure out a way to get a public health agency that will be satisfactory in the sense that it can deal from a federally led capacity with 21st century globalization, while at the same time we are entrenched in the results of the Constitution a century ago.

Docteure Mills, comme d'autres, vous avez attiré notre attention sur la nécessité de créer un organisme de santé publique canadien. À votre avis, quelle pourrait être sa sphère de compétence? Vous avez dit, docteure Mills, qu'à votre avis, cet organisme devrait relever du Parlement. Je me demande donc comment vous voyez son rôle par rapport à cela des provinces. Je vais me contenter de vous poser cette question générale pour l'instant, avant d'entrer davantage dans le détail.

**La Dre Mills:** Je suis d'accord avec le Dr Losos pour dire que nous devons mettre l'accent sur le leadership national en ce qui concerne la santé publique. Dans certaines situations, il sera nécessaire d'avoir une base législative pour établir le genre de système de commandement et de contrôle qui est essentiel en cas d'urgence intéressant la santé publique. Ce système reposerait sur une loi en bonne et due forme, de sorte que les responsables aient le pouvoir de prendre certaines mesures d'intervention en cas d'urgence. À mon avis, cette entité ne doit pas représenter une multiplicité d'administrations. Elle doit être d'envergure nationale, mais il faut que des accords et des protocoles soient conclus avec les administrations provinciales pour que tous ces organismes s'acquittent de leurs responsabilités respectives dans le cadre d'un système maillé en réseau. À mon avis, les Canadiens ne s'attendent pas à ce que l'on crée une société monolithique qui sera une panacée et regroupera la totalité des fonctions et activités. Par contre, il faut trouver le moyen d'harmoniser et de coordonner les composantes qui sont déjà présentes, et d'y ajouter d'autres, en fonction de nos besoins. Il nous faut une sorte de cadre législatif ou réglementaire pour assurer la coordination d'un système maillé et cohérent.

**Le sénateur Roche:** Vous avez parlé d'harmonisation et de coordination, et je suis entièrement d'accord, mais l'histoire des relations entre le gouvernement fédéral et les administrations provinciales compte très peu d'exemples d'harmonie et de coordination.

J'aimerais poser d'autres questions en réponse aux points soulevés par le Dr Losos. Vous avez fait allusion au fait qu'il existe au Canada 13 administrations fragmentées dont la structure est incompatible avec les besoins que nous impose la mondialisation en ce XXI<sup>e</sup> siècle, et je pense que vous avez parfaitement raison. Vous avez dit que le système qui nous vise actuellement a été conçu il y a plusieurs dizaines d'années et qu'il n'est plus à la hauteur quand il s'agit de régler efficacement des questions de santé d'envergure mondiale. Le SRAS en était un exemple tout à fait dramatique. Vous avez ajouté que ce nouvel organisme de santé publique devrait pouvoir bénéficier de l'autorité d'un ministre fédéral.

Je tiens à vous dire, docteur Losos, que je suis entièrement d'accord avec vous, mais en même temps je suis de la province de l'Alberta, et je peux vous assurer que tous les habitants de ma province, y compris d'importants responsables du gouvernement de l'Alberta, ne sont pas d'accord avec vous et moi. Il nous faut donc trouver le moyen de créer un organisme de santé publique qui sera satisfaisant en ce sens qu'il bénéficiera au niveau fédéral des capacités requises pour faire face aux problèmes qui sont le



Will we have to change the Constitution of Canada to adequately deal with the problem of federally led public health supervision in the modern era?

**Dr. Losos:** The type of governance model that I have been thinking about is represented by the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. It is an executive agency of Health Canada, so it is in the orbit of the Minister of Health. It reports to Parliament through the Minister of Health, but it has the flexibility of running the whole academic research machinery according to its own strategic planning and is not taken up by the planning cycles or the time frames of the government.

It is also very important, and CIHR does it, to mobilize the very considerable provincial infrastructure that Dr. Mills alluded to earlier — the B.C. Centre for Disease Control and the public health machinery of the provinces. Where that might be weak, or where that might need supplementation, then I think that it really calls upon a minister with primacy and selected investment to augment that capacity, such as in the Atlantic provinces, perhaps. Whether Alberta is or is not self-sufficient, I am not directly aware nor would I want to comment, but we have in Canada a very sizeable capacity. The problem is that it is not coordinated, and it has been relying on consensus coordination for decades, and that does not work. They may like me today, but tomorrow they might not, and we cannot leave the importance of the public health of Canadians to that level.

I draw your attention to the technical analysis done by the Canadian Medical Association in their brief to the Naylor committee. They actually did a review of the legislation, and they come to the conclusion that without opening the Constitution, which would be, of course, almost a non-starter, there are enough legislative tools on the table that this could happen. You would have local response where that was necessary or logical. However, when it reached a certain level — interprovincial, national, or the potential for national or international spread — that is when the new legislation would come in.

I also draw your attention to the documents that have just been circulated by Health Canada on the consultation on the Health Protection Act, where they have actually added several very important variables. These are excellent documents, in my view. They will consult on whether we should have national surveillance under the legislation that we have. They feel that they can do it without opening the Constitution. Should we have a national research priority setting agenda? They think they can do it. Should we have an emergency response mechanism with the present legislation? They can do it.

fait de la mondialisation en ce XXI<sup>e</sup> siècle, alors que nous nous servons toujours des outils d'une Constitution créée il y a plus d'un siècle. Faudra-t-il modifier la Constitution du Canada pour régler le problème d'un manque de supervision fédérale en matière de santé publique à l'ère moderne?

**Le Dr Losos:** Le type de modèle de gouvernance auquel je songe depuis un moment est celui qu'on retrouve dans les Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Il s'agit d'un organisme de direction relevant de Santé Canada, si bien qu'ils se trouvent dans l'orbite du ministre de la Santé. Les Instituts relèvent du Parlement par l'entremise du ministre de la Santé, mais ils ont la marge de manoeuvre nécessaire pour diriger l'ensemble de l'appareil de recherche universitaire en fonction de leur propre planification stratégique, sans être liés par les cycles de planification ou les calendriers du gouvernement.

Il est également très important — et les IRSC le font — de profiter au maximum de l'infrastructure provinciale considérable dont parlait tout à l'heure la Dre Mills — soit le B.C. Centre for Disease Control et l'appareil de santé publique des provinces. Là où ce dernier est faible, ou il a besoin d'être complété, il faut à mon avis un ministre jouissant d'une certaine autorité et de possibilités d'investissement pour augmenter cette capacité — par exemple, peut-être dans les provinces de l'Atlantique. Quant à savoir si l'Alberta est autonome ou non, je ne suis pas au courant et je ne voudrais pas de toute façon commenter cet élément-là de la question, mais je sais que nous disposons au Canada d'une capacité très importante. Le problème, c'est que cette capacité ne bénéficie pas d'une coordination suffisante et que la seule coordination qui existe doit se faire par voie de consensus, alors qu'un tel système ne marche pas. Même si je suis bien considéré aujourd'hui, demain je ne le serai peut-être pas, et il ne convient absolument pas que des questions de santé publique, qui sont si importantes pour les Canadiens, soient réglées à ce niveau-là.

J'attire votre attention sur l'analyse technique présentée par l'Association médicale canadienne dans le mémoire qu'elle a présenté au comité Naylor. Cette dernière a procédé en effet à une analyse de la loi, et a conclu que, sans rouvrir la Constitution — quelque chose qui serait presque impensable, bien entendu — il existe déjà suffisamment d'outils législatifs pour que cela puisse se faire. Autrement dit, une intervention locale serait possible là où elle était nécessaire ou logique. Mais c'est à partir d'un certain niveau — interprovincial, national, ou lorsque le problème risquait d'avoir un impact national ou international — que s'appliqueraient les nouvelles mesures législatives.

Je me permets aussi d'attirer votre attention sur les documents qui viennent d'être communiqués par Santé Canada relativement à la consultation menée sur la Loi sur la protection de la santé, puisqu'il est question maintenant d'y incorporer un certain nombre de variables très importantes. À mon avis, ces documents sont excellents. Le ministère tiendra des consultations sur l'opportunité d'un système national de surveillance aux termes de la loi actuelle. À son avis, ceci devrait être possible sans rouvrir la Constitution. Faut-il un programme national en vue d'établir nos priorités en matière de



**Senator Roche:** I hope you are right in the expression of your optimism. I do not want to pour cold water on it because I think you are headed in the right direction, but you talked about consensus coordination as the way to move ahead. We now have a pragmatic that we are facing in which Alberta and British Columbia, the governments of those two powerful provinces, are going together in a semi-structural manner to deal with Ottawa on these questions of, *inter alia*, health. They take the position that because they have the responsibility of spending huge amounts of money on health, they want to have responsibility also in determining how that money is to be spent. That brings us back to this constant conflict we have between Ottawa and the provinces. Our committee recommended a national body, and it cannot get off the ground because of this wrangling. You and Dr. Mills point to the need of this. We know the need of it. However, I am still at a loss to figure out how we will be able to implement a national council to cope with 21st century crises in the present constitutional set-up that we have in Canada at a time when the provinces are escalating their demands for control. This seems to me to bring us into even more conflict. I am not quite sure how it will all play out.

**Dr. Losos:** I will answer that question directly. I am sorry, senator, but I omitted one part of my answer. I think this entity/agency must have a board that includes the provinces.

**Senator Roche:** They want majority control on the board.

**Dr. Losos:** That may have to be the reality because of the capacity that they have and the amount of expenditures.

**Senator Roche:** If it were a reality, how would the federal minister have primacy of jurisdiction?

**Dr. Losos:** I would urge a look at the Canadian Medical Association's analysis of the legislation. Once it got to a certain level of risk to the country, then the primacy of the federal minister would have to come into play. The majority of the daily activities would be handled effectively by the local capacities, as they are today. If an issue arose of international import or interprovincial import, then the legislation would kick in. They have a five-tiered response mechanism. The first two tiers are local and then the more serious responses would occur. Without question, the provinces would have to be major players.

**Ms. Mills:** I would not want to minimize the hurdles for this, but there is a precedent, or at least there is a ray of hope. There is such a thing as a Chief Veterinary Officer for Canada who has

recherche? Ils estiment être en mesure d'effectuer ce travail. Faut-il prévoir un mécanisme d'intervention d'urgence dans la loi actuelle? Ils peuvent le faire.

**Le sénateur Roche:** J'espère que votre optimisme est fondé. Je ne veux pas faire le prophète de malheur, car cela semble bien être la bonne orientation à prendre, mais vous avez parlé de la nécessité d'une bonne coordination pour dégager un consensus et continuer à progresser. Nous faisons maintenant face à une attitude plus pragmatique en Alberta et en Colombie-Britannique, puisque les gouvernements de ces deux provinces puissantes collaborent de façon à faire équipe pour traiter avec Ottawa de questions telles que la santé. Elles estiment que, puisqu'elles ont à consacrer des sommes faramineuses pour les soins de santé, elles devraient aussi avoir la possibilité de déterminer comment ces crédits seront utilisés. Cela nous ramène donc à ce conflit permanent entre Ottawa et les provinces. Le comité a recommandé la création d'un organisme national, mais ce dernier risque de ne pas voir le jour en raison de ses querelles permanentes. Vous et la Dre Mills avez tous les deux insisté sur la nécessité d'un tel organisme. Nous en sommes parfaitement conscients. Mais j'ai du mal à voir comment nous réussirons à mettre sur pied un conseil national qui serait habilité à intervenir face aux crises auxquelles nous serons confrontés au XXI<sup>e</sup> siècle si nous conservons le régime constitutionnel qui existe présentement, surtout que les provinces exigent d'exercer de plus en plus de contrôle. Pour moi, cela laisse supposer encore plus de querelles. Je ne sais pas trop comment tout cela finira.

**Le Dr Losos:** Je vais répondre directement à votre question. Je dois vous présenter mes excuses, sénateur, car j'ai oublié de mentionner quelque chose en vous répondant tout à l'heure. À mon avis, cet organisme ou cette nouvelle entité doit être doté d'un conseil d'administration auquel seraient représentées les provinces.

**Le sénateur Roche:** Oui, mais les provinces réclament une participation majoritaire au conseil.

**Le Dr Losos:** Il sera peut-être nécessaire de le leur accorder en raison de leur capacité et de l'importance de leurs dépenses sanitaires.

**Le sénateur Roche:** Si cela devait être le cas, comment le ministre fédéral pourrait-il avoir la préséance sur les provinces en matière de compétence?

**Le Dr Losos:** Je vous invite à examiner l'analyse de la loi préparée par l'Association médicale canadienne. Disons que, dès lors que le risque pour le pays serait d'une certaine gravité, c'est le ministre fédéral qui aurait le dernier mot. La majorité des activités quotidiennes serait prise en charge efficacement par les autorités locales, comme c'est le cas actuellement. Par contre, s'il s'agissait d'une question d'importance internationale ou interprovinciale, la loi s'appliquerait. Un mécanisme d'intervention en cinq volets est prévu. Les deux premiers volets sont locaux, et ensuite les mesures d'intervention plus sérieuses s'enclencheraient. Il ne fait aucun doute que les provinces seraient des intervenantes clés.

**La Dre Mills:** Je ne voudrais pas sous-estimer les obstacles qui pourraient surgir, mais il y a tout de même un précédent — ou du moins une lueur d'espoir. Nous avons au Canada ce qu'on appelle



certain powers. I do not know if this is a proper legal term but, in certain situations, this office has peremptory powers that span provincial boundaries. If there is a problem with an animal-health outbreak, this Chief Veterinary Officer can put into train actions that have weight with the provinces. The constitutional considerations have not been a barrier to that happening for veterinary health. I do not think we can allow them to be an insuperable barrier to human health.

**Senator Roche:** If the national agency or, as you call it, the national public health agency, had been operating in force at the time of the SARS outbreak, how would SARS have been handled any differently than it was? Would the creation of such an agency, operated in the manner in which you have described, have alleviated some of the distress over the SARS incident?

**Dr. Losos:** In my opinion, senator, the data would have been shared automatically because this was an interprovincial and international incident. The commissioner — for lack of a better word and if you would allow me to use that word — would have been in charge. Outbreak investigation teams would have offered to go and perhaps would have been promulgated to go and manage the outbreak in Toronto. They would have helped in Vancouver. The communications would have been far better coordinated, not only within the country but also with the World Health Organization where everyone had different case definitions. The agency and the commissioner would have brought all of this together.

The research capacity of the country would have been much better coordinated. There is no reason why the Canadian Institutes of Health Research, for example, should have to wait for requests for applications two or three months later. With Henry Friesen, the previous president of the Medical Research Council of Canada, the antecedent of Canadian Institutes for Health Research, we actually talked one time about setting up an emergency fund where Health Canada and CIHR, and perhaps a few others, would put in a pot of money, several tens of millions of dollars. The turn-around time for requests for applications would be quick. The questions would be promulgated: We want a screening test on this pathogen and we want a screening test for blood and we want those as soon as you can possibly get it.

That is not the regular daily business of large organizations such as CIHR, but the coordination of the research machinery, either the public health research machinery of departments, the academic research machinery, the National Research Council Canada or even perhaps private industry, could be mobilized under the auspices of an agency like this, brought together and, within a very short period of time, you would have the best shot at an answer that one could have.

le vétérinaire inspecteur en chef, qui détient certains pouvoirs. Je ne sais pas si j'emploie la bonne expression juridique, mais je sais que dans certaines situations, le titulaire de ce poste détient des pouvoirs «péremptoirs» qui vont au-delà des limites provinciales. En conséquence, en cas de poussées infectieuses chez les animaux, le vétérinaire inspecteur en chef peut prendre des mesures auxquelles les provinces devront se conformer. Disons que la question constitutionnelle n'a pas posé problème jusqu'à présent dans le domaine de l'hygiène vétérinaire. À mon avis, nous ne pouvons pas nous permettre que ce genre de choses présente un obstacle à la protection de la santé humaine.

**Le sénateur Roche:** Si un organisme national ou, si comme vous le dites, ce nouvel organisme national de santé publique avait existé au moment de la poussée du SRAS, en quoi notre intervention face à cette crise aurait-elle été différente? L'existence d'un organisme de ce genre, ayant le mode de fonctionnement que vous avez décrit, aurait-il permis d'atténuer une partie de la détresse qu'a provoquée la crise du SRAS?

**Le Dr Losos:** À mon avis, sénateur, les données auraient été communiquées automatiquement, puisqu'il s'agissait d'un incident interprovincial et international. Le commissaire — que je nomme ainsi en attendant de trouver un meilleur terme, si vous me permettez de lui donner ce titre — aurait été chargé de coordonner tous les efforts. Des équipes d'enquête auraient offert leurs services et auraient peut-être été autorisées par voie législative à intervenir et à gérer les activités à Toronto. Elles auraient également été en mesure d'apporter une contribution à Vancouver. Les communications auraient été beaucoup mieux coordonnées, non seulement au Canada, mais avec l'Organisation mondiale de la santé, surtout que chacun avait une définition différente de ce qui constituait un cas. L'organisme et le commissaire responsable auraient permis de coordonner tout cela.

De même, la capacité de recherche du Canada aurait été mieux articulée. Ce n'est pas normal, par exemple, que les Instituts de recherche en santé du Canada aient à attendre deux ou trois mois que les gens demandent à proposer un projet. J'ai discuté une fois avec Henry Friesen, l'ex-président du Conseil de recherches médicales du Canada, soit le prédécesseur des Instituts de recherche en santé du Canada, de la possibilité de créer un fonds d'urgence auquel Santé Canada et les IRSC, et peut-être d'autres partenaires, verseraient plusieurs dizaines de millions de dollars qui constitueraient une dotation globale. Le délai de réponse aux demandes serait court. Les questions devant faire l'objet de recherche seraient connues. On leur dirait: nous voulons obtenir un test de dépistage pour tel agent pathogène, ou un test de dépistage sanguin, et nous voulons cela le plus rapidement possible.

Ce n'est pas le genre de travail que font normalement de grands organismes comme les IRSC, mais les efforts du secteur de la recherche, soit l'appareil de recherche en santé publique des ministères, des milieux universitaires, du Conseil national de recherches du Canada, ou peut-être même de l'industrie privée, pourraient être coordonnés par un organisme de ce genre, si bien qu'en très peu de temps, vous auriez les solutions les plus intéressantes qu'on puisse espérer obtenir.



In the AIDS epidemic, we waited and waited until LaMontagne or the National Institutes of Health, NIH, one of those two came up with a test. It is still unclear who actually came up with it. We had to wait for that, and there is no reason with the amount of capacity this country has in research capability that we cannot adjust to emergency situations like this.

**Senator Morin:** Dr. Mills, the Canadian Public Health Association, if I understand correctly, is a voluntary association that would involve most professionals. Do you have within your association people who are not involved in the field or who are not professionals?

**Ms. Mills:** Definitely. In fact, the past-president of one of our territorial branch associations is a clerk in the Department of the Environment in Whitehorse. I would not say it is a huge proportion of our membership, but, yes, we have people who share the aspirations and values of the association.

**Senator Morin:** Do you see your association as having a role in engaging the public decision-makers? Since I have been in politics for three years, I realize that excellent causes can exist but if there is no public support and if the decisions-makers are not engaged, excellent decisions cannot be made. We constantly see the Heart and Stroke Foundation and other organizations like that here on the hill. Does your association have something similar to that?

**Ms. Mills:** Are you referring to a broad outreach strategy to the public?

**Senator Morin:** Yes, and I refer to decision-makers, whether provincial or federal or municipal.

**Ms. Mills:** I do not know how much background to give, but our association has some of the same federal-provincial tensions that our government has. Our board consists of nationally elected members and of the presidents of the provincial and territorial branch associations. Those are autonomous associations and their presidents are on our board ex officio. We constantly must balance the big national picture with the needs of the provincial and territorial branch associations who often have much fewer resources.

We usually have a strategy to advocate at the national level to federal bodies, whether health, environment, finance, whatever. We ask our provincial-territorial branch associations to advocate in their own jurisdictions with their own governments and also to educate their own members. We try to help them to build capacity to do that in their own areas so that there is kind of an upward ferment in the provinces as well as a national advocacy approach.

Dans le cas de l'épidémie du sida, nous avons attendu très longtemps que l'Institut LaMontagne ou les National Institutes of Health, ou NIH, ait mis au point un test. On ne sait toujours pas qui l'a mis au point en premier. En tout cas, nous avons dû l'attendre longtemps, et vu la capacité de recherche qui existe au Canada, nous devrions être à même de nous adapter à des situations d'urgence comme celle-là.

**Le sénateur Morin:** Docteur Mills, si je comprends bien, l'Association canadienne de santé publique est un organisme à but non lucratif regroupant la plupart des professionnels de la santé. Avez-vous parmi vos membres des personnes qui ne travaillent pas dans ce secteur ou qui ne sont pas des professionnels?

**La Dre Mills:** Oui, absolument. En fait, l'ex-président d'une de nos sections territoriales est commis au ministère de l'Environnement à Whitehorse. Ces personnes sont loin de correspondre à la majorité de nos membres, mais nous en avons certainement qui ont choisi d'adhérer à l'Association parce qu'ils partagent nos aspirations et nos valeurs.

**Le sénateur Morin:** En ce qui vous concerne, votre association a-t-elle un rôle à jouer pour ce qui est de mobiliser les décideurs publics? Voilà trois ans que je participe à la vie politique, et je me rends compte que même s'il peut y avoir d'excellentes causes, en l'absence d'appui public et d'engagement de la part des décideurs, il ne sera pas possible de prendre d'excellentes décisions. Nous voyons constamment les responsables de la Fondation des maladies du cœur du Canada et d'autres organismes de même type ici sur la Colline. Votre association fait-elle ce genre de choses?

**La Dre Mills:** Parlez-vous d'une stratégie générale de sensibilisation du public?

**Le sénateur Morin:** Oui, et je parle aussi de vos contacts avec les décideurs, qu'ils soient provinciaux, fédéraux ou municipaux.

**La Dre Mills:** Je ne sais pas combien de renseignements de base je devrais vous fournir à ce sujet, mais je précise que notre association connaît un peu les mêmes tensions fédérales-provinciales que notre gouvernement. Notre conseil est composé de membres élus à l'échelle nationale ainsi que des présidents des sections provinciales et territoriales. Ces dernières sont autonomes et leurs présidents sont membres d'office de notre conseil d'administration. Ainsi nous devons maintenir un bon équilibre entre les impératifs nationaux et les besoins des sections provinciales et territoriales, qui disposent le plus souvent de beaucoup moins de ressources.

Nous élaborons généralement une stratégie en vue de défendre nos intérêts au niveau national auprès d'organismes fédéraux, que ce soit dans les domaines de santé, de l'environnement, des finances ou dans d'autres secteurs. Nous demandons à nos sections provinciales et territoriales de défendre leurs intérêts auprès de leurs propres gouvernements sur leur territoire, et de sensibiliser également leurs propres membres. Nous essayons de les aider à renforcer leur capacité d'effectuer ce travail dans leurs propres régions, afin qu'il y ait une sorte de pression ascendante depuis les provinces, de même qu'une approche de défense nationale.

**Senator Morin:** I do not want to get into the mechanics of it, but public health is an extremely important field that has been neglected over the years; there is no doubt about that. The results are seen with SARS and so on. Some of that neglect is the fault of politicians, but how much is the fault of the people in the field who themselves perhaps did not promote the cause as other organizations have? That is the question. I am not saying that is so but I think your organization should look at that.

I would like to turn to the financial part of your brief and the amount of \$1 billion, which is a great deal of money. Where does that money come from at the national level? You based that amount on the CDC's budget, if I understand correctly, at page 9.

**Dr. Mills:** Yes, it is a rule of thumb to estimate the scope of that.

**Senator Morin:** How much are we spending at present? The \$1 billion that you talk about is not new money and the federal government is already spending some. How much of the recommended amount of \$1 billion would be new money?

**Dr. Mills:** As I alluded to earlier, the Canadian Institute of Health Information, CIHI, has acknowledged that it is difficult to tease out what is actually spent on public health versus the amount that is spent on other health administration. It is not a separate line item in provincial budgets; it is grouped under the general term "administration." The actual amounts are not available to us.

**Senator Morin:** It is difficult for us to recommend additional resources if we do not know, because you do not know, the division of spending. It is difficult for us to help. That is an important exercise. An amount of \$2.5 billion has been floated around as the total amount spent on public health in Canada. The same remark applies to the \$1 billion that you recommend at the local level.

As you know, most provinces are unable to spend that. It has been recommended that the federal government should fund this indirectly with flow-through funds. Again, where did you get the figure of 1\$ billion?

**Dr. Mills:** We deliberately chose an amount to get your attention to illustrate the scale of the gap. The figure is not based on an economic study but rather on anecdotal information from people in the provinces about the kinds of challenges they face. A study was done for the conference of deputy ministers of health a few years ago that took almost three years to complete.

**Le sénateur Morin:** Je ne veux pas parler des modalités, mais la santé publique est un domaine extrêmement important qui a été négligé au fil des ans; voilà qui est sûr. Nous avons subi les conséquences de cette négligence avec la poussée du SRAS, et cetera. Dans une certaine mesure, on peut reprocher cette négligence aux politiciens, mais dans quelle mesure peut-on la reprocher aux spécialistes travaillant dans ce secteur qui n'ont peut-être pas défendu la cause aussi vigoureusement que d'autres organismes? Voilà la question qui se pose. Je ne dis pas que c'est nécessairement le cas, mais j'estime que votre organisme devrait faire cette analyse.

Je voudrais maintenant passer à l'aspect de votre mémoire qui traite des finances, et surtout vous parler du montant de 1 milliard de dollars, qui représente une très forte somme d'argent. D'où proviendront ces crédits au niveau national? Vous avez fait votre calcul à partir du budget des CDC, si je comprends bien, d'après ce que vous dites à la page 9 de votre mémoire.

**La Dre Mills:** Oui, nous nous sommes fondés là-dessus de façon à calculer un budget approximatif.

**Le sénateur Morin:** Et à combien se montent actuellement nos dépenses? Ce milliard de dollars dont vous parlez ne correspondrait pas à de l'argent frais, et il faut se rappeler que le gouvernement fédéral investit déjà une certaine somme. Quelle proportion du montant de 1 milliard de dollars que vous recommandez serait de l'argent frais?

**La Dre Mills:** Comme je l'indiquais tout à l'heure, les Instituts de recherche en santé du Canada, soit les IRSC, reconnaissent qu'il est difficile de calculer avec précision les dépenses en matière de santé publique, par rapport à la somme consacrée à l'administration d'autres services et soins de santé. Ce ne sont pas des dépenses qui font l'objet d'un poste budgétaire distinct dans les budgets provinciaux; elles sont regroupées sous la rubrique générale de l'«administration». Il nous est impossible de connaître les montants réels.

**Le sénateur Morin:** Il nous est difficile de recommander l'affectation de ressources additionnelles si nous ne savons pas, étant donné que vous-même ne le savez pas, comment les dépenses sont réparties. Nous pouvons difficilement vous aider dans ce cas. Il s'agit effectivement d'un exercice important. Donc j'estime que le montant global consacré à la santé publique au Canada serait de l'ordre de 2,5 milliards de dollars. Il en va de même, d'ailleurs, pour le milliard de dollars d'investissement que vous recommandez au niveau local.

Comme vous le savez, la plupart des provinces ne disposent pas de telles ressources. Il a été recommandé que le gouvernement fédéral finance indirectement cette initiative par l'entremise d'un transfert de crédits. Encore une fois, où avez-vous obtenu ce chiffre de 1 milliard de dollars?

**La Dre Mills:** Nous avons choisi ce montant à dessein afin d'insister sur l'importance de l'écart actuel. Ce chiffre ne repose pas sur une étude économique, mais plutôt sur l'information qui nous a été communiquée par des responsables provinciaux concernant les défis auxquels ils sont confrontés. Une étude a été menée en prévision de la conférence des sous-ministres de la



They did not come up with satisfactory numbers about the total amount of spending. Certainly, with our resources we would not be able to undertake such a study.

**Senator Morin:** Someone somewhere should be able to provide us with the answer to that. You are recommending additional resources and so we should have a clear idea of what is needed and how much. I think that is important. Perhaps you or someone else could help us with that.

**Dr. Losos:** I have two short questions. In the last paragraph of your brief you said that in your view, the governance model is more suitable for Canada than a replica CDC. Could you tell us how different this model would be?

**Dr. Losos:** I will begin with CDC, which I know well. CDC is successful because of its 40 years of credibility. When we have credibility problems in the public's view and in the media, the public goes to the CDC in the United States and asks questions. CDC replies that there is no problem and there is not a word in the media. They have built a lot of credibility over their 40 years; it was not done in a crisis.

CDC is also successful because it has such deep, scientific expertise. It is, in fact, equivalent, in a public health sense, to the NIH in basic research. They pride themselves on the quality of their work. I have some excellent scientists who are global leaders in their fields.

The mass of its capacity is great. The National Center for Infectious Diseases alone employs about 1400 people and its budget is well over \$1 billion. It does not have statutory powers over the U.S. any more than we do. However, it does administer certain legislative directives on investment of specifically targeted public health funds for sexually transmitted diseases, "immunizable" diseases in the inner cities and for tuberculosis control. That kind of leverage makes it more efficient.

CDC also provides training for the U.S. and places staff there. Officers from the Epidemic Intelligence Service, EIS, are front line in most American states. Whereas CDC has to wait to be invited to an epidemic, the reality is that when there is an outbreak or a possible one, CDC staff is there anyway. They are involved immediately. The tradition in the United States is that they call in the CDC within days. We do not have that tradition in Canada.

Santé il y a quelques années qui s'est déroulée sur presque trois ans. En fin de compte, elle n'a pas permis d'obtenir des chiffres satisfaisants sur le montant des dépenses globales. Il est certain que, vu nos ressources limitées, nous ne pourrions jamais entreprendre une telle étude.

**Le sénateur Morin:** Mais quelqu'un, quelque part, devrait être en mesure de nous fournir une réponse. Vous recommandez l'affectation de ressources additionnelles, et il nous faut donc avoir une idée précise de ce en quoi consistent les besoins et du financement qui sera nécessaire. À mon avis, c'est important. Peut-être que vous ou quelqu'un d'autre pourriez nous aider à y voir clair.

Docteur Losos, j'ai deux petites questions à vous poser. Au dernier paragraphe de votre mémoire, vous dites que selon vous, le modèle de gouvernance convient davantage pour le Canada qu'une réplique des CDC. Pourriez-vous nous expliquer en quoi ce modèle serait différent?

**Le Dr Losos:** Je vais commencer par vous parler des CDC, que je connais bien. Si ces centres ont connu autant de succès, c'est parce qu'ils ont pu établir leur crédibilité au cours des 40 dernières années. Quand il y a des problèmes de crédibilité aux yeux du public ou des médias, les gens s'adressent aux CDC aux États-Unis et commencent à poser des questions. Quand les responsables des CDC leur indiquent qu'il n'y a pas de problème, les médias n'en parlent plus. Ces centres ont acquis énormément de crédibilité en 40 ans; cela ne s'est pas fait dans le contexte d'une crise.

Les CDC ont également connu beaucoup de succès parce que leur personnel possède une très grande expertise scientifique. Du point de vue de la santé publique, ils sont l'équivalent des National Institutes of Health (NIH) pour la recherche fondamentale. Ils s'enorgueillissent de la qualité de leur travail. Ils ont un certain nombre d'excellents scientifiques qui sont des chefs de file mondiaux dans leur domaine.

Sa capacité est considérable. Le National Center for Infectious Diseases à lui seul a un effectif de 1 400 employés et un budget de plus de 1 milliard de dollars. Il n'est pas investi de pouvoirs législatifs, pas plus que nos organismes le sont ici. Mais il administre certaines directives législatives concernant l'investissement de crédits votés pour la santé publique dans des programmes visant à lutter contre les maladies transmises sexuellement, les maladies «vaccinables» qui sévissent dans les quartiers déshérités des grandes villes, et dans la lutte antituberculeuse. Ce genre de financement lui permet d'être plus efficace.

Les CDC assurent également la formation aux États-Unis et offrent des placements. Les agents du Epidemic Intelligence Service, ou EIS, travaillent en première ligne dans la plupart des États américains. Donc même si les CDC doivent attendre en théorie d'être invités à intervenir en cas d'épidémie, le fait est que les employés des CDC sont présents de toute façon. Ils interviennent immédiatement. La tradition aux États-Unis veut qu'on fasse appel aux CDC dans les quelques jours qui suivent. Nous n'avons pas de telle tradition au Canada.

The model that I am suggesting relies on the considerable infrastructure that exists in Canada that simply does not work together and that does its own mandate — CIHR, Health Canada, the Canadian Food Inspection Agency, Agricultural and Agri-Food Canada, the National Research Council Canada, et cetera.

If that capacity were brought together to develop national priorities in applied research and if some money were allocated to those applied research priorities under a harmonized legislative framework that did not impose on the provinces, we would be able to match, or come close to, the capacity of CDC and be able to respond as quickly.

**Senator Morin:** Both cases report to the government and they both have boards of directors. The governance of this agency and CDC is somewhat similar. I understand the capacity, the history, the expertise and the training but the governance between what you are recommending as an agency and what the CDC has is similar.

**Dr. Losos:** It is similar but they do not have a legislative override over states.

**Senator Morin:** It is an invitation. That brings me to the last question. No one has addressed this point and I think it is important, from what you are saying.

If I understand correctly, there are two bits of information. One is the new health protection act from Health Canada that is being worked on. The second is the CMA brief and their ideas. Are you familiar with the health protection act? Did you have a chance to go through that? Do you think the existing act would be satisfactory to meet our goals? Should we recommend another layer of legislative process in addition to that? If so, could you give us some advice on how that should be done?

**Dr. Losos:** I have documents, which certainly the committee could obtain, that show the original target was product safety — health protection, food safety, drug safety, blood, environment, et cetera — when I was Assistant Deputy Minister of Health Protection some years ago. However, to this particular consultation, they have added: Should we have national disease surveillance mandatory? Should we have a research prioritization scheme where we bring the groups together? Should we have outbreak response that is coordinated under legislation? Should the minister have emergency powers when that is necessary?

Le modèle que je propose s'appuie sur l'infrastructure considérable qui existe au Canada mais dont les éléments constitutifs ne collaborent pas et se contentent de remplir leur propre mandat — c'est-à-dire les IRSC, Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Agriculture et Agroalimentaire Canada, le Conseil national de recherches du Canada, et cetera.

Si cette capacité était regroupée pour permettre de fixer des priorités nationales en matière de recherche appliquée, et si certains crédits étaient débloqués pour permettre d'y donner suite en vertu d'un cadre législatif harmonisé qui n'empiète pas sur les pouvoirs provinciaux, nous serions en mesure de créer une capacité identique ou du moins très semblable à celle des CDC et donc d'intervenir rapidement.

**Le sénateur Morin:** Dans les deux cas, ces organismes relèvent du gouvernement, et les deux sont dotés d'un conseil d'administration. La structure de régie de cet organisme et des CDC est un peu semblable. Je comprends ce que vous dites concernant leur capacité, leur histoire, leur expertise et la formation qu'ils assurent, mais le fait est que la structure que vous recommandez pour cet organisme et celle des CDC sont semblables.

**Le Dr Losos:** Oui, semblables, sauf que les centres américains ne bénéficient pas par voie législative d'un pouvoir de décision absolu.

**Le sénateur Morin:** C'est-à-dire qu'ils doivent être invités à intervenir. Voilà qui m'amène à ma dernière question. Personne n'a encore abordé ce point, alors qu'il me semble important, d'après ce que vous nous dites.

Si j'ai bien compris, il y a deux nouveaux éléments d'information. D'abord la nouvelle loi sur la protection de la santé à laquelle travaille actuellement Santé Canada. Le deuxième est le mémoire préparé par l'AMC et les idées qu'il présente. Connaissiez-vous la loi sur la protection de la santé? Avez-vous eu l'occasion de l'examiner? À votre avis, la loi actuelle permettrait-elle d'atteindre nos objectifs? Devrions-nous recommander d'y greffer un autre processus législatif? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous dire comment nous devrions nous y prendre?

**Le Dr Losos:** Je possède certains documents, que le comité pourrait certainement obtenir, qui indiquent que l'objectif visé au départ était de garantir la sécurité des produits — c'est-à-dire la protection de la santé, l'innocuité des aliments et des médicaments, la sécurité des produits sanguins, de l'environnement, et cetera — et ce au moment où j'étais sous-ministre adjoint chargé de la Protection de la santé il y a quelques années. Cependant, dans le cadre de cette consultation-ci, ils ont ajouté l'élément que voici: devrions-nous nous doter d'un système national de surveillance obligatoire des maladies? Faut-il un mécanisme permettant de réunir les différents groupes et d'établir les priorités en matière de recherche? Faut-il que l'intervention en cas de poussées épidémiques soit coordonnée par voie législative? Le ministre devrait-il être habilité à intervenir en cas d'urgence lorsqu'une telle intervention est nécessaire?



By adding these questions to the Health Protection Act, they have added a layer that says: We, as a country, will do this surveillance on this priority disease or risk, mandatorily.

**Senator Morin:** Is this in the form of questions or is it in the act?

**Dr. Losos:** No, these are questions, senator. This is a consultation

**Senator Morin:** We do not have a proposed bill yet.

**Dr. Losos:** Not yet.

**Senator Morin:** In addition to that, or is that included — what is the CMA proposal? We are trying to get some information here in the committee that will help us. Just summarize it.

**Dr. Losos:** I will leave my copy with the clerk.

**Senator Morin:** No, just summarize it.

**The Chairman:** It would be helpful, Dr. Losos, if you summarized it. The CMA will be testifying next Wednesday, and they will deal specifically with this point.

**Dr. Losos:** The analysis that they had done by their legal department states that under the legislation available to Health Canada — that is the Food and Drug Act and the Department of Health and Welfare Act — there is enough flexibility to add regulations and alter the legislation to, in fact, demand or promulgate national surveillance, national response, prioritization and targeting of applied research and emergency response, not having to use the emergency response powers of the federal government, which stops after the emergency. We do not want it to stop. We want that surveillance to continue.

As ADM of the Health Protection Branch, I could never understand why it was my responsibility under the Criminal Code to make sure that food X was safe, but never have the power to go in and find out why people got sick from that food.

I could never understand that. I still do not understand it. If I have the power over food safety in ensuring that the establishments live up to good manufacturing practices, if there is an outbreak I should be able to move in. I have never understood the difference. Therefore, I think that by harmonizing the legislation, by adding to the legislation as it is, without being overbearing — opening up the Constitution as an example, we can achieve the same ends.

En ajoutant ces éléments à la Loi sur la protection de la santé, ils ajoutent un niveau d'intervention, puisqu'il s'agirait d'effectuer obligatoirement cette surveillance par rapport à telle maladie ou risque jugé prioritaire.

**Le sénateur Morin:** S'agit-il d'élément hypothétique ou est-ce déjà prévu dans la loi?

**Le Dr Losos:** Non, ce sont des questions devant être examinées dans le cadre des consultations, sénateur.

**Le sénateur Morin:** Donc, nous n'avons pas encore d'avant-projet de loi.

**Le Dr Losos:** Non, pas encore.

**Le sénateur Morin:** De plus — encore que c'est peut-être inclus — il y a la proposition de l'AMC; en quoi consiste-t-elle? Nous essayons de recueillir en comité de l'information susceptible de nous aider. Ayez donc l'obligeance de nous en faire un bref résumé.

**Le Dr Losos:** Je vais remettre ma copie au greffier.

**Le sénateur Morin:** Non, je préfère que vous nous en fassiez un résumé.

**Le président:** Docteur Losos, ce serait bien utile que vous nous en résumiez les principaux éléments. Les responsables de l'AMC témoigneront devant le comité mercredi prochain, et ils aborderont donc cette question.

**Le Dr Losos:** L'analyse effectuée par le Contentieux indique qu'aux termes des lois administrées par Santé Canada — c'est-à-dire la Loi sur les aliments et drogues et la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social — le ministère aurait la marge de manoeuvre voulue pour définir de nouveaux règlements et modifier la loi pour y incorporer des mécanismes obligatoires de surveillance nationale, d'intervention nationale, de priorisation et de ciblage de la recherche appliquée, et d'intervention en cas d'urgence, pour autant qu'il soit nécessaire d'invoquer les pouvoirs d'intervention d'urgence du gouvernement fédéral, qui prennent fin après l'urgence. Nous ne voulons pas que ce soit limité dans le temps. Nous voulons que cette surveillance soit permanente.

En tant que sous-ministre adjoint de la Direction générale de la protection de la santé, je n'ai jamais compris pourquoi il m'incombait en vertu du Code criminel de m'assurer de l'innocuité de tel aliment, sans qu'on n'ait jamais cru bon de m'accorder le pouvoir de faire enquête en vue de déterminer ce qui a pu être la cause de l'intoxication alimentaire.

Je n'ai jamais compris pourquoi c'était ainsi, et je ne comprends toujours pas. Si je suis responsable de l'innocuité des aliments et que je dois m'assurer que les établissements respectent de bonnes pratiques de fabrication, en cas de poussées épidémiques, je devrais pouvoir intervenir. Je n'ai jamais compris pourquoi il y avait cette différence. Par conséquent, en ce qui me concerne, en assurant l'harmonisation des lois et en ajoutant de nouveaux éléments à la loi actuelle, sans vouloir se montrer dominateur — en rouvrant la Constitution, par exemple — nous pourrions atteindre les mêmes objectifs.

**Senator Morin:** Coming back to what Senator Roche has raised on the matter of federal provincial relations, I remember you telling me in another life, and that struck me, that in matters dealing with public health and epidemics and so forth, there was remarkable unanimity and lack of conflict between the feds and their provincial counterparts in matters of public health. Is that still true? I remember you telling me this.

**Dr. Losos:** There is a lot of congruence. There is a lot of agreement on notifiable diseases, on policies, with respect to immunization. However, the ultimate decision on what immunization one gets in province X really relies on the provincial epidemiologist or the chief medical officer of health. It varies from province to province. You can go to one province and go to another one and get two different sets of immunization schedules.

From a national perspective, if we are going to eliminate measles — for awhile, Canada had the highest measles rates in the western hemisphere because the Minister of Health did not have the authority to tell everyone in the country that they will get a second dose of measles. Whereas everyone in the hemisphere — Guatemala, Cuba, you name it — were all giving second doses of measles, and were controlling the outbreaks. Measles is not a minor disease.

Whereas that consensus works much of the time, it does not work all of the time. We have had outbreaks; we have had major policy issues where all 13 jurisdictions went off in all directions, and the international community will not tolerate that. They will want one voice and they will assume that the federal minister is in charge.

**Senator Keon:** Assuming that you can put together a public health agency and get a commissioner — and frankly, I think you can because something very similar has been done before — I think your biggest problem still will not be addressed. That is the huge holes in the global safety net. We have talked about this before. — at least Dr. Losos has — but I would be interested in Dr. Mills also commenting on this. We have to find a way of dealing with infectious disease so as a country we are not sitting and waiting for it to happen, for it to be imported and this kind of thing. I would like to hear you both comment on how we can participate in the global scene to have some input so that we can have early interventions. For example, as you know very well, there are countries in the world with infectious diseases running absolutely out of control. Canadians go there to visit and come home. There is a little bit of control, but very, very little. I know, Dr. Losos, you have thought about this. I do not know how much you have, Dr. Mills, but I would like to hear you talk about it.

**Le sénateur Morin:** Pour revenir sur les propos du sénateur Roche concernant les relations fédérales-provinciales, je me rappelle que vous me disiez, dans une autre vie — et cela m'avait frappé — que pour des questions intéressant la santé publique, les épidémies, et cetera, les relations entre le fédéral et ses homologues provinciaux en matière de santé publique étaient caractérisées par une unanimité et un manque de conflit tout à fait remarquable. Est-ce encore le cas? Je me rappelle que vous m'avez dit ça autrefois.

**Le Dr Losos:** Il y a une assez bonne convergence d'opinions. La grande majorité des intéressés s'entendent sur les maladies à déclaration obligatoire et les politiques relatives à l'immunisation. Mais la décision finale sur le programme de vaccination d'une province par rapport à une autre dépend en réalité de l'opinion de l'épidémiologue provincial ou du médecin hygiéniste en chef. Cela varie d'une province à l'autre. Si vous vous faites soigner dans deux provinces différentes, il est bien possible que les programmes d'immunisation dans l'une et dans l'autre soient différents.

Mais d'un point de vue national, si nous souhaitons éradiquer la rougeole — pendant un certain temps, le Canada avait les taux d'infection par la rougeole les plus élevés de l'hémisphère occidental parce que le ministre de la Santé n'avait pas le pouvoir de décider que tous les Canadiens recevraient une injection de rappel, et ce malgré le fait que tous les pays de l'hémisphère — le Guatemala, Cuba, tous, quoi — administraient une deuxième injection de vaccin contre la rougeole, et réussissaient ainsi à contrôler les poussées. La rougeole n'est pas une maladie d'importance mineure.

Donc, même s'il est possible le plus souvent de dégager un consensus, ce n'est pas toujours le cas. Nous avons dû faire face à des poussées épidémiques; nous nous sommes heurtés à certains graves problèmes de désaccord entre les 13 administrations sur une politique quelconque, si bien que toutes voulaient faire cavalier seul, et la communauté internationale ne peut tolérer une telle situation. Cette dernière veut que le Canada parle d'une seule voix, et elle présumera que c'est le ministre fédéral qui en a l'ultime responsabilité.

**Le sénateur Keon:** À supposer qu'il soit possible de mettre sur pied un organisme de santé publique et de faire nommer un commissaire — et ça me semble possible, puisque cela s'est déjà fait par le passé — vous n'aurez toujours pas réglé votre plus gros problème, à mon avis. Là je veux parler des lacunes importantes des mesures de sécurité mondiales. Nous en avons déjà parlé — du moins le Dr Losos en a parlé — et je voudrais donc inviter la Dre Mills à nous faire part de ses observations à ce sujet. En tant que pays, nous devons trouver le moyen de nous protéger contre les maladies infectieuses, au lieu de rester là sans protection, à attendre que ces maladies soient importées. J'aimerais que vous nous parliez tous les deux des mesures qu'on peut prendre sur la scène internationale pour insister sur la nécessité de prévoir des mesures d'intervention précoce. Par exemple, comme vous le savez fort bien, certains pays du monde ont des taux d'infection par des maladies infectieuses à ce point élevés qu'ils n'arrivent plus à maîtriser la situation. Or les Canadiens vont visiter ces pays et retournent ensuite au Canada. Il y a un certain nombre de contrôles, mais très, très peu. Je sais que vous, docteur Losos,



**Dr. Losos:** WHO's global response and the setting up of global networks for response is reasonably recent. When the plague "outbreak" in India occurred, WHO was unready. It did not have a response mechanism. I do not know whether Dr. Chisholm, way back when, had global responses. These things wavered over time but we tried at that time to raise WHO, to find out what was going on in India. It turns out that the debate still goes on whether there was an outbreak of plague in India. At least it stimulated WHO, under David Hayman, an exceptionally good epidemiologist trained out of CDC who worked out of Africa and has set up several mechanisms. One is a global response team that can go anywhere at any time on specific diseases. At one time, they had teams specified for types of diseases. A team for cholera, for example, was based in Switzerland, and these people were ready to go at 24 hours' notice anywhere in the world to investigate a cholera outbreak.

The other thing is they have created a network of agencies that can be called upon in international crises to be part of a global response mechanism — research agencies, public health agencies and the like. They are starting to become a little better at global response. They are nowhere near as capable as one might think as far as response is concerned. Rather, they are trying to rely on agencies, such as centres for disease control, and a new entity in the European Union that seems to be taking shape. If we can get it together in Canada as far as what I have described in bringing together the capacity and give it some muscle, they will let us sit at the table. If we do not, they will never let us sit at the table. They will create their surveillance systems without us. We will get our data later, our information later, because we will not be at the table.

I personally believe that Canada has enough expertise that with the adjustments that we are talking about today, we will be part of the surveillance networks that occur. We are already part of some of them — salmonella networks, these are food-borne bacteria, that we are steadily becoming part of, as far as surveillance is concerned. However, the reality is that someone has to take charge as far as creating international surveillance networks.

WHO was in big trouble until about 10 years ago, maybe even less time than that, when there was a big push by many professional organizations around the world to say that WHO had perhaps outlived its time and was not the coordinator of international response that it should be. The international health

avez réfléchi à ce problème. Je ne sais pas dans quelle mesure vous l'avez fait aussi, docteur Mills, mais j'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet.

**Le Dr Losos:** Le système d'intervention mondiale de l'OMS et la mise sur pied de réseaux mondiaux d'intervention sont relativement récents. Lors de la poussée de la peste en Inde, l'OMS n'était pas prête. Elle n'avait pas de mécanisme d'intervention. Je ne sais pas si le Dr Chisholm avait ou non établi des mécanismes d'intervention mondiale à l'époque. La situation est restée incertaine pendant un temps, mais nous avons essayé de soulever ce problème auprès des responsables de l'OMS, pour savoir ce qui se passait en Inde. Il se trouve que les avis sont toujours partagés sur le fait de savoir s'il y a eu ou non une véritable poussée de la peste en Inde. Cet incident a au moins permis d'activer l'OMS, sous la présidence de David Hayman, un épidémiologue exceptionnel formé aux CDC qui a déjà travaillé en Afrique et qui a pris l'initiative d'établir plusieurs mécanismes — notamment une équipe d'intervention mondiale qui peut aller sur place pour enquêter sur des maladies précises. À une époque, ils avaient plusieurs équipes qui étaient chargées de différents types de maladies. Par exemple, une équipe chargée du choléra était basée en Suisse, et cette dernière, avec un préavis de 24 heures, pouvait aller dans n'importe quel pays du monde pour faire une enquête sur une poussée du choléra.

L'autre nouveauté est un réseau d'organismes auxquels on peut faire appel en cas de crises internationales dans le cadre de ce programme d'intervention mondiale — il s'agit d'organismes de recherche, d'organismes de santé publique, et cetera. Donc, leur capacité d'intervention mondiale s'améliorer, même si elle est loin d'être aussi perfectionnée qu'on pourrait le croire. L'OMS essaie plutôt de faire appel à différents organismes, comme les Centers for Disease Control et à une nouvelle entité qui semble se créer au sein de l'Union européenne. Si nous réussissons à mieux nous organiser au Canada pour ce qui est de consolider nos capacités et de créer un système d'intervention un peu plus musclé, l'OMS nous permettra de participer à la discussion. Sinon, nous ne serons jamais consultés. Elle créera ces systèmes de surveillance sans nous. À ce moment-là, nous recevrons les données plus tard, parce que nous ne serons pas partie prenante.

J'estime personnellement que le Canada possède suffisamment d'expertise pour que nous puissions faire partie des réseaux de surveillance qui vont être mis sur pied, à condition d'apporter à notre système les changements dont nous avons parlé aujourd'hui. D'ailleurs, nous faisons déjà partie d'un certain nombre de ces réseaux — ceux qui concernent les toxi-infections alimentaires à salmonella ou les bactéries d'origine alimentaire, et donc nous participons de plus en plus à ces efforts de surveillance. Il reste, toutefois, que quelqu'un doit absolument assumer la responsabilité finale en ce qui concerne la création de réseaux internationaux de surveillance.

L'OMS est passée par une période très difficile il y a une dizaine d'années, ou peut-être plus récemment encore que cela, lorsqu'un bon nombre d'organismes professionnels du monde insistaient sur le fait que l'OMS avait peut-être fait son temps et ne remplissait plus le rôle de coordonnateur des mesures

regulations are not good enough. No one ever reports on them. They only cover three diseases. They are coming out with a new version shortly.

To answer your question, senator, I think that the surveillance systems not only need to be national in Canada, but we need to bridge and make these international, North America which includes Mexico, hemispheric, or global in other ways. Many people are working on that. We have the informatics. You can go to Trinidad and put your card in and it will give you Trinidad dollars. Why can we not do that in health?

**Senator LeBreton:** You talked about food contaminants simultaneously going across continents, knowing no borders. I wonder if the same contaminant could have a different reaction in different countries, based on environmental conditions. For instance, does a contaminant on a food from the tropics have a different impact on the population in a colder climate and another impact in another type of climate, or a place with different waters? Is there a system in place that deals with the same contaminant having different results in different countries?

**Dr. Losos:** Theoretically, the answer to your question is yes. Let us say a food substance is produced in bulk. The distribution systems are so sophisticated now in the commercial sector that you can have these products in various countries within days. Mangoes from Mexico or Costa Rica are good mangoes and no longer green. They have it together as far as distribution is concerned. You could have a contamination of those. There have been examples of these bean sprouts being contaminated. You could have a pathogen or bacterium contaminate these, which one population in Scandinavia might not have any immunity to, and the outbreak there might be worse than in another country where there might be some immunity.

These surveillance systems have to be global. Several years ago, there was a spill of engine oil in Belgium. The Belgian ambassadors will be on the phone to me tonight for sure. I hope the telecast is delayed. This amount of oil, which was not a huge amount but contained PCBs and various other dioxins, which is one of the most carcinogenic chemicals known to man, was poured into this vat which was pooling fats used for all kinds of things — truffles and chocolates and things like that. This stuff was distributed. The person who did it, I believe, did it knowingly. Why, I could not tell you. However, the tracing of this distribution of contaminated oils was almost impossible. We had the U.S. Food and Drug Administration and the European Union looking at it. The Belgians were desperate to trace it and

d'intervention internationale comme il se devait. Les règlements sanitaires internationaux ne sont pas suffisants. Personne ne communique de l'information à ce sujet. De toute façon, ces derniers ne visent que trois maladies. Ils vont d'ailleurs bientôt publier une nouvelle version.

Donc, pour répondre à votre question, sénateur, il faut à mon avis que les systèmes de surveillance soient non seulement d'envergure nationale, mais nous devons établir des passerelles pour leur donner un caractère international — c'est-à-dire couvrant la totalité de l'Amérique du Nord, y compris le Mexique, l'hémisphère ou le monde entier à certains égards. Beaucoup de gens y travaillent actuellement. Nous possédons la technologie informatique nécessaire pour le faire. Si vous allez à Trinité, vous pouvez introduire votre carte et obtenir des dollars de Trinité. Pourquoi ne nous est-il pas possible d'en faire de même quand il s'agit de questions de santé?

**Le sénateur LeBreton:** Vous avez parlé du fait que les contaminants alimentaires peuvent avoir un impact sur plusieurs continents en même temps, puisque les frontières ne peuvent arrêter leur transmission. Je me demande si un même contaminant pourrait donner lieu des réactions différentes dans des pays différents, selon les conditions environnementales. Par exemple, un contaminant alimentaire a-t-il le même impact sur la population des tropiques que sur celle d'un pays à climat plus froid, et peut-être un autre impact encore selon que les eaux ou le climat sont différents? Existe-t-il un système qui permet d'examiner la possibilité qu'un même contaminant donne lieu à des réactions différentes dans des pays différents?

**Le Dr Losos:** En théorie, la réponse à votre question est oui. Supposons qu'une substance alimentaire soit fabriquée en grande quantité. Les systèmes de distribution du secteur commercial sont tellement sophistiqués à l'heure actuelle qu'il est possible d'acheminer des produits dans plusieurs pays différents en quelques jours. Les mangues en provenance du Mexique ou du Costa Rica sont de bonne qualité et ne sont plus vertes. Leurs systèmes de distribution sont très bien coordonnés. C'est ainsi qu'il peut y avoir contamination. Nous avons déjà vu des exemples de germes de soja contaminés. Autrement, un agent pathogène ou une bactérie pourrait contaminer les germes de soja et si la population scandinave, par exemple, n'a pas d'immunité contre l'agent pathogène ou la bactérie en question, la poussée pourrait y être plus grave que dans un autre pays où la population jouit d'une certaine immunité.

Il faut que les systèmes de surveillance soient d'envergure mondiale. Il y a quelques années, il y a eu un incident en Belgique mettant en cause de l'huile pour moteur. D'ailleurs, j'en parlerai certainement ce soir au téléphone avec des ambassadeurs représentant la Belgique. J'espère que la télédiffusion de cette réunion sera retardée. Donc, cette huile pour moteur, dont il n'y avait pas au fond une si grande quantité, contenait des BPC et d'autres dioxines — les dioxines constituent l'un des produits chimiques les plus cancérigènes qui soient — a été versée dans une cuve qui servait à recueillir les matières grasses utilisées pour la confection de divers produits — des truffes, des chocolats et ce genre de choses. Les produits en question ont été distribués. À mon avis, l'auteur de cet acte a fait cela sciemment, mais je ne



find it. We had to shut down the sale of all Belgian chocolates for some weeks in Canada until we did the analysis. I got to know the Belgian ambassador very well during those two weeks. That is an example of why our surveillance systems have to be global. The private sector understands this as well. They do not want their customers to get sick. They are bringing in, therefore, a much more automated, information-technology-based system to be able to track the lots of their foods that go out. The tracing should be easier, therefore, for the public health agencies involved.

We are at the cusp, as I said before, of having to adjust our systems to the 21st century, because things are so different now

**Senator LeBreton:** So it is true that bacteria can have different effects on different populations.

**Dr. Losos:** It can certainly well do, yes. You can have a parasitic contamination — not common, but possible — that would be exposed to a population that has never been exposed to that particular parasite. There would be no resistance, and that would run wild through the population.

**Senator Keon:** To both of you, as you know, WHO has its severe critics, but I take it from what you have been saying that you are comfortable that they could provide the structure and framework now for the integration of a global network?

**Dr. Losos:** I think they can, and I think that under the current leadership and the realization that there is no one else, they are trying hard to be that. Canada has been influential in setting up some of these global surveillance systems and the like. I am not sure that everyone believes in that. There is still quite a strong movement in the United States, and there certainly was five or six years ago, that something else needed to replace WHO in global response and global surveillance. WHO has some real strengths in being able to come up with monographs and analyses of professional papers and the like. However, its experience in global surveillance and global response is relatively new. There are some very influential people who believe that other mechanisms could replace them.

**Senator Trenholme Counsell:** Once again, this is a most interesting and worthwhile presentation. I am a great believer in public health. I more often use the term “health prevention.”

saurais vous dire pourquoi. En tout cas, retrouver la source de distribution de ces huiles contaminées semblait presque impossible. On a fait intervenir la U.S. Food and Drug Administration et l'Union européenne. Les Belges cherchaient désespérément à retrouver la source de la contamination. Nous avons dû interdire la vente de tous les chocolats belges pendant plusieurs semaines au Canada en attendant de faire les analyses nécessaires. L'ambassadeur de la Belgique et moi-même avons eu des contacts très suivis au cours de ces deux semaines. Cet exemple illustre bien la raison pour laquelle nos systèmes de surveillance doivent être mondiaux. D'ailleurs, le secteur privé comprend très bien cette nécessité. Les entreprises ne veulent pas que leurs clients tombent malades. Par conséquent, ils introduisent un système beaucoup plus automatisé qui repose sur les nouvelles technologies de l'information pour être à même de suivre la distribution des lots qui sont expédiés. Ainsi les organismes de santé publique devraient pouvoir plus facilement assurer leur propre suivi.

Comme je vous le disais tout à l'heure, nous sommes à la veille d'avoir à mettre à niveau nos propres systèmes pour qu'ils répondent à nos besoins en ce XXI<sup>e</sup> siècle, parce que la situation est à présent très différente.

**Le sénateur LeBreton:** Il est donc vrai que les bactéries peuvent avoir des effets différents sur des populations différentes.

**Le Dr Losos:** Oui, absolument. Par exemple, une population pourrait être exposée à une infection parasitaire — ce n'est pas courant, mais c'est possible — à laquelle elle n'aurait jamais été exposée. Cette population n'aurait aucune résistance, et l'infection se répandrait très rapidement.

**Le sénateur Keon:** Ma question s'adresse à vous deux. Comme vous le savez, l'OMS a de vifs détracteurs, mais d'après ce que vous semblez dire, vous êtes relativement convaincus que cette dernière pourrait fournir la structure et le cadre nécessaires pour assurer l'intégration d'un réseau mondial. C'est bien ça?

**Le Dr Losos:** Oui, je pense qu'elle peut le faire, et avec l'apport de la direction actuelle, surtout qu'elle se rend compte qu'il n'y a personne d'autre qui puisse le faire, l'OMS s'efforce de jouer ce rôle. Le Canada a exercé son influence pour faire établir certains de ces systèmes de surveillance mondiaux. Je ne suis pas convaincu que tout le monde en voit l'utilité. Il y a un assez puissant mouvement aux États-Unis — et c'était certainement le cas également il y a cinq ou six ans — qui insiste pour remplacer l'OMS par autre chose, du moins pour ce qui est de l'intervention et la surveillance mondiales. L'une des grandes forces de l'OMS est sa capacité de rédiger des monographies ou des analyses de communications professionnelles, et cetera. Mais son expérience en ce qui concerne la surveillance et l'intervention mondiales est relativement nouvelle. Un certain nombre de personnes très influentes estiment que leur action pourrait être remplacée par d'autres mécanismes.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Encore une fois, j'ai trouvé vos exposés fort intéressants et utiles. Je suis un fervent défenseur de la santé publique. J'ai tendance à parler plus souvent de prévention.

In the provinces, we do have many people working in public health, often with great frustration. The medical health officers are the people who feel the greatest level of frustration and perhaps a lack of connectedness. There are also public health nurses, nutritionists, and people involved in early childhood development. It is a broad network. How much these people feel connected, I am not sure, but I sense that perhaps they feel alone at times, although they have relationships with Health Canada through their provincial departments of health.

What you are speaking to us about is very important and timely. From my point of view, I am pleased to hear the option being presented of something akin to the Centre for Disease Control. I like to think of prevention as a more positive and modern theme, that is, health prevention. Although public health is an old name, with all due respect to the Canadian Public Health Association, I wonder if that is the best name for the time. For a commissioner or new agency, whatever might be set up, "population health" or "national health" might be more meaningful.

I do have many concerns about how this would evolve in Canada in the near future if it were to happen with the national health council, which I see as more of a body related to medicare. We need to get a huge drawing board and put the pieces on to see how we will do this in 2003 and beyond. We are talking about a number of things that are national, and health is provincial, so I think the drawing board is very necessary to see how all these pieces fit together.

In addition to the coordination of infectious disease outbreaks such as we have just experienced, and that is what has perhaps made all of these meetings and discussions so relevant, I think one has to look at the great array of non-profit organizations in Canada, all of which are doing wonderful work. I believe there is a lack of coordination amongst government and all those very important and wonderful groups. I know there is a need for coordination with government and with all the national bodies across the land. I think most or all of the agencies have national bodies along with provincial bodies, but I sense that we would do a better job if the work they are doing were coordinated. We all know those groups — heart and stroke, osteoporosis, mental health — the list is very long.

Dans les provinces, nous avons un grand nombre de personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique, et qui ressentent souvent une grande frustration. Les médecins hygiénistes sont ceux qui sont les plus frustrés et ont peut-être l'impression d'être les plus isolés par rapport au système dans son ensemble. Il y a aussi les infirmières hygiénistes, les nutritionnistes, et les personnes responsables de l'éducation des jeunes enfants. Il s'agit donc d'un grand réseau. Sans vraiment savoir dans quelle mesure toutes ces personnes estiment vraiment être partie prenante, j'ai l'impression qu'elles se sentent assez seules par moment, même si elles ont certains contacts avec Santé Canada par l'entremise de leurs ministères provinciaux de la santé.

Le sujet de notre discussion aujourd'hui est très important et tombe à point nommé. Pour ma part, je suis très contente de savoir qu'on étudie actuellement la possibilité de créer quelque chose qui serait un peu comme les Centres for Disease Control. Quant à moi, j'aime bien voir la notion et l'activité de prévention dans une optique plus positive et moderne. Sans vouloir déplaire aux responsables de l'Association canadienne de santé publique, le terme «santé publique» me semble un peu dépassé, et je me demande si ce terme convient encore à notre époque. S'il est question de nommer un commissaire ou de créer un nouvel organisme, quel qu'il soit, une expression comme «santé de la population» ou «santé nationale» serait peut-être plus pertinente.

J'ai de nombreuses préoccupations sur ce que cela donnerait au Canada si nous devions créer un conseil national de la santé, qui à mon avis serait davantage chargé d'examiner des questions liées au système de soins dans son ensemble. Ce qu'il nous faut, c'est un gigantesque tableau où nous pourrions inscrire toutes les différentes composantes pour voir comment tout cela pourra se faire en 2003 et au-delà. Nous parlons de certaines responsabilités qui sont d'ordre national, alors que la santé relève des provinces, et voilà pourquoi il nous faut ce grand tableau pour voir comment les différentes composantes s'intègrent les unes dans les autres.

En plus de la coordination des interventions lors de poussées de maladies infectieuses, comme celles que nous venons de vivre — et c'est pour cela que toutes ces réunions et discussions sont si pertinentes — il faut à mon avis examiner la vaste gamme d'organismes à but non lucratif au Canada, qui font tous un excellent travail. Pour moi, il y a un manque de coordination entre les services gouvernementaux et tous ces groupes très importants et très utiles. Je sais qu'il existe un besoin de coordination entre tous les services gouvernementaux et les organismes nationaux d'un bout à l'autre du pays. À mon avis, la plupart ou même la totalité de ces organismes ont des organes nationaux, de même que des organes provinciaux, et je pense que notre action serait plus efficace si le travail qu'ils font était mieux coordonné. Nous les connaissons tous — il s'agit de groupes comme la Fondation des maladies du cœur du Canada, la Société de l'ostéoporose du Canada, l'Association canadienne pour la santé mentale — enfin, la liste est très longue.



I applaud you for coming forward with this alternative idea. I certainly do not think we could ever do what the Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta are doing. That would not be our goal. There is a great deal of research that goes on there.

In that respect, I wonder how this agency would relate to the lab in Winnipeg, which is controlled by Health Canada, I believe. We had a presentation from that lab. They are a player in this whole picture.

Could you elaborate on how you see yourself being perceived at this time while the National Health Council is so much on the drawing board? Is there a relationship or do you see the two organizations as being quite distinct?

**Dr. Losos:** I had not thought about that at any length, but as a gut reaction, I would see the National Health Council as being pretty well oriented to health care and to ensuring that the principles of the Canada Health Act and the transfers are correct. They should ensure that any upgrades resulting from the Romanow Commission are, in fact, implemented. There needs to be an evaluation and an accountability and a continuum there. I see a public health agency as very separate.

As far as the medical officers of health, nurses and nutritionists, we are totally under-supplied. We have been overwhelmed by what was in reality a moderate outbreak. I know it was a tragedy that 41 people died and so many people were sick. There were probably another few thousand who had a mild disease that remained undetected. However, it was a moderate outbreak and it overwhelmed us. We must mobilize ourselves better and utilize our capacities better.

Here the academic sector comes in. The academic sector is looking at schools of public health and networks of universities that give degrees in operational public health and theoretical public health and everything in between. We must utilize the capacity of the academic sector to increase the human resource capacity to meet our public health system's needs.

**Ms. Mills:** I want to comment on several things but I do not want to be too long-winded. I want to say something about the ideas of population health and public health. Population health is a conceptual framework, which helps us systematize our thinking about what affects health outcomes, positive and negative. You hear talk about the determinants of health which are broader than the specific behavioural or environmental risk factors.

Je vous félicite donc de nous avoir soumis cette idée nouvelle. En même temps, il serait impossible à mon avis que nous arrivions à faire ce que font les Centers for Disease Control and Prevention à Atlanta. Mais ce serait certainement notre objectif. L'activité de recherche y est très intensive.

À cet égard, je me demande quelle serait la nature des relations entre cet organisme et le laboratoire de Winnipeg, qui relève de Santé Canada, si je m'abuse. Nous avons reçu les témoignages des responsables de ce laboratoire. Ils constituent des intervenants clés dans ce réseau.

Pourriez-vous nous expliquer quelles sont vos impressions pour le moment, étant donné que le Conseil national de la santé est pour l'instant loin de se concrétiser? Y aurait-il une relation étroite entre ces deux organismes, ou seraient-ils complètement distincts?

**Le Dr Losos:** Je n'y ai pas beaucoup réfléchi, mais ma réaction cette année serait de vous dire qu'en ce qui me concerne, le Conseil national de la santé devrait plutôt être responsable du système de soins et de s'assurer que les principes de la Loi canadienne sur la santé sont respectés et que les transferts sont appropriés. Il devrait également avoir pour autre tâche de s'assurer que toute amélioration faisant suite au travail de la Commission Romanow soit effectivement réalisée. Il faut qu'une évaluation soit faite, et qu'il y ait à la fois un système de responsabilisation et de la continuité. Pour moi, un organisme de santé publique aurait un rôle complètement distinct.

En ce qui concerne les médecins hygiénistes, les infirmières hygiénistes et les nutritionnistes, nous faisons actuellement face à une grave pénurie de personnel. Nous avons été complètement débordés alors qu'il s'agissait en réalité d'une flambée de cas d'envergure moyenne. Je sais aussi qu'il est tout à fait tragique que 41 personnes aient perdu la vie et que tant de gens soient tombés malades. Il y avait sans doute plusieurs milliers de cas peu graves qui sont restés sans détection. Quoi qu'il en soit, même si c'était une poussée épidémique d'envergure moyenne, nous avons été complètement dépassés par les événements. Il faut donc apprendre à mobiliser plus efficacement nos ressources et à mieux utiliser nos capacités.

C'est là que le milieu universitaire pourrait nous aider. Les universités envisagent effectivement de créer des écoles de santé publique et des réseaux universitaires qui décerneraient des diplômes en santé publique opérationnelle, en santé publique théorique et en tout ce qu'il y a entre les deux. Il convient donc de mettre à profit le milieu universitaire afin d'accroître notre capacité en matière de ressources humaines et ce, pour être plus en mesure de répondre aux besoins du système de santé publique.

**La Dre Mills:** Je voudrais réagir à certains de vos propos, mais en même temps je ne veux pas prendre trop de temps. Je voudrais commenter ce que vous disiez à propos des expressions «santé de la population» et «santé publique». Cette notion de santé de la population nous renvoie à un cadre conceptuel qui nous aide à systématiser notre réflexion concernant les éléments qui influent sur les résultats en matière de santé, à la fois positifs et négatifs. Vous entendez aussi parler des déterminants de la santé, qui sont plus généraux que les facteurs de risque spécifiquement comportementaux ou environnementaux.

Public health consists of the tools that we actually use to do something about that situation. Population health is how we think and public health is what we do. We have always worked with a population health conceptual framework in public health because our patient is the society, the community. Some people have said to me, do you not practise? I say, yes, I practise but I do not see individual patients.

On the issue of voluntary agencies, I am happy to tell you that voluntary associations are getting together around many of these issues. Two coalitions exist and I believe both will appear before you. The Coalition for Public Health in the 21st century is, I believe, presenting to you tomorrow. The Chronic Disease Prevention Alliance of Canada started very small, with the Cancer Society, the Heart and Stroke Foundation and the Diabetes Association. They added some risk-factor-based associations who are involved with smoking, physical activity, obesity, and so forth. Now the coalition even includes organizations like the Federation of Canadian Municipalities. They are building a very broad, multi-sectoral constituency. They are pulling together the best thinking from the past few years about what it really takes to influence health on a population basis in Canada, as opposed to depending entirely on clinical approaches.

We do need clinical approaches and not just for treatment. We need to make the best use we can of opportunities for clinical prevention. Using clinical prevention will only ever reach a tiny minority of high-risk people. Population-based approaches can make a substantial difference to the whole distribution of health and disease in the population. I am happy to see broad-based collaborations being formed in the voluntary sector to address all the issues of public health.

We must address not just chronic disease across chronic and infectious diseases. We are seeing more cross-interests in terms of infectious causes of what had been understood to be chronic or non-communicable diseases. There is increased susceptibility to infectious disease in people who suffer from chronic diseases. For example, in a recent study of 29 people admitted to ICU with SARS, every single one had some chronic co-morbid condition, such as diabetes.

La santé publique englobe les outils dont nous nous servons pour intervenir dans une situation donnée. La notion de la santé de la population désigne notre stratégie de réflexion, alors que celle de la santé publique concerne les mesures que nous prenons directement. Nous avons toujours été guidés par un cadre conceptuel de la santé de la population dans le secteur de la santé publique parce que notre patient est la société ou la collectivité dans son ensemble. Il arrive que les gens me disent: vous n'exercez donc pas? Et je leur réponds, oui, j'exerce la médecine mais je ne traite pas des patients individuels.

Pour ce qui est des organismes à but non lucratif, je suis heureuse de pouvoir vous dire qu'il y a une bonne collaboration entre les diverses associations concernant un grand nombre de ces questions. Il y a deux coalitions et je crois qu'il est prévu que leurs responsables comparaissent devant le comité. La Coalition pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle doit comparaître demain, si je ne me trompe pas. L'Alliance canadienne pour la prévention des maladies chroniques avait très peu de membres du départ, soit la Société canadienne du cancer, la Fondation des maladies du cœur du Canada, et l'Association canadienne du diabète. Par la suite, d'autres associations dont le travail vise des facteurs de risque particuliers, tels que le tabagisme, le manque d'activité physique, l'obésité, et cetera, y ont également adhéré. À présent la coalition compte parmi ses membres même des organismes comme la Fédération canadienne des municipalités. C'est un regroupement qui représente une multiplicité d'intérêts et de secteurs. L'Alliance recueille les opinions actuelles les plus intéressantes de ces dernières années concernant les moyens d'influencer globalement l'état de santé de la population canadienne, par opposition à des mesures d'intervention purement cliniques.

Nous avons effectivement besoin de bonnes méthodes cliniques, pas seulement à des fins de traitement. Il nous faut profiter le plus possible des possibilités de prévention en milieu clinique. Mais les interventions cliniques ne permettront jamais de joindre plus qu'une infime minorité des membres de groupes à risque élevé. Or des interventions qui ciblent la population dans son ensemble peuvent considérablement influencer la présence d'un bon état de santé ou encore des maladies au sein de la population. Je suis contente de voir que des projets de collaboration de grande envergure se réalisent au sein du secteur bénévole, en vue de trouver des solutions à l'ensemble des problèmes de santé publique.

D'ailleurs, il ne faut pas s'attaquer au problème des maladies chroniques uniquement dans l'optique des maladies chroniques et infectieuses. Nous observons plus d'interférence à présent pour ce qui est des causes d'infection de ce qu'on considérerait jusque là comme des maladies chroniques ou non transmissibles. Nous constatons maintenant que les personnes atteintes de maladies chroniques ont une susceptibilité accrue aux maladies infectieuses. Par exemple, une récente étude de 29 personnes atteintes du SRAS admises à l'unité de soins intensifs a permis de constater la présence d'une comorbidité chronique, telle que le diabète, chez chaque sujet.



Very few people with no other chronic problem became seriously ill from SARS. For healthy people, SARS was a relatively mild infection. For someone with diabetes, heart problems or respiratory problems already, SARS became a serious clinical problem.

There is an interaction between the clinical individual level and the population or public health level of work. We must improve prevention in upstream versus care in downstream but also in clinical and population-based interventions. The theme of the day is integration.

**Senator Trenholme Counsell:** I do not know whether my province of New Brunswick was unique in this. Our Minister of Health is now called the Minister of Health and Wellness. Perhaps other provinces have made a similar change to focus not just on hospitals and doctors but also on a wellness concept.

To me, it seems ideal, since there is only one pot of money — and we know it is never big enough — to have some national body that could coordinate treatment and prevention and education. Part of that would be infectious disease outbreaks. In a country like ours, that would be the ideal thing. In an ideal world, planning in advance, perhaps a national health council should have two arms, one dealing more or less with medicare and the other with public health. I do not expect that ideal can or will come to pass, but, nonetheless, I compliment you on your presentation. It certainly is what we need to hear.

**Senator Callbeck:** I have a question for Dr. Mills that stems from your association's brief presented to the National Advisory Committee on SARS and Public Health. You made a number of recommendations and the one that I am interested in concerns improvements in the laboratory systems being accomplished by strengthening connectivity among all laboratory-related sectors — public health and health care.

Now, it is my understanding that there is a national network of public health laboratories that was set up two years ago. I come from a small province and I am concerned about the smaller labs being well connected and having good communication. Is the network effective or is it too soon to know? Do you have recommendations for improvements to the network?

**Ms. Mills:** I do not have direct knowledge of how well that network is functioning. Perhaps Dr. Losos might know from his experience at Health Canada. My field is chronic disease prevention and not infectious disease, so I am remotely

Le fait est que très peu de gens n'ayant aucune infection chronique sont tombés très malades après avoir contracté le SRAS. Pour les personnes en bonne santé, le SRAS représenterait une infection relativement bénigne. Par contre, chez les sujets atteints du diabète, de cardiopathie ou de problèmes respiratoires, le SRAS devenait un grave problème clinique.

Il y a une interaction entre les interventions au niveau individuel en milieu clinique et celles qui visent l'ensemble de la population au niveau de la protection de la santé publique. Il nous faut améliorer la prévention pour ce qui est des soins assurés en amont, par opposition à ceux dispensés en aval, mais aussi dans le contexte des interventions qui visent le milieu clinique et la population dans son ensemble. Le grand thème d'actualité est celui de l'intégration.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Je ne sais pas si ma province du Nouveau-Brunswick est unique à cet égard. Notre ministre de la Santé s'appelle maintenant le ministre de la Santé et du Mieux-être. Il est possible que d'autres provinces aient changé un peu d'orientation, de façon à mettre l'accent non seulement sur les hôpitaux et les médecins, mais sur le concept du mieux-être également.

À mon avis, l'idéal, puisqu'il n'y a que des ressources financières limitées — et nous savons tous qu'elles ne sont jamais suffisantes — c'est d'avoir un organisme national qui serait chargé de coordonner les activités liées au traitement, à la prévention et à l'éducation. Cela engloberait l'intervention en cas de poussées de maladies infectieuses. Dans un pays comme le nôtre, ce genre de modèle me semble idéal. Et en fait, dans un monde idéal, s'il est question de faire de la planification, peut-être devrions-nous prévoir que le nouveau conseil national de la santé ait deux branches, dont une se chargerait surtout du système de soins, et l'autre, de la santé publique. Je ne m'attends pas à ce que cette situation idéale se concrétise, mais je tiens néanmoins à vous féliciter pour votre exposé. Vos observations tombent à point nommé.

**Le sénateur Callbeck:** J'ai pour la Dre Mills une question qui découle du mémoire présenté par votre association devant le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Vous avez fait plusieurs recommandations, et celle qui m'intéresse concerne l'amélioration des systèmes de laboratoires en renforçant les liens entre tous les secteurs qui traitent avec les laboratoires — c'est-à-dire ceux de la santé publique et des soins de santé.

Je crois savoir qu'il existe un réseau national de laboratoires de santé publique mis sur pied il y a deux ans. Je viens d'une petite province et je crains que les plus petits laboratoires n'aient peut-être pas des liens aussi étroits ou d'aussi bonnes communications avec les autres. Ce réseau est-il efficace, ou est-il trop tôt pour le savoir? Avez-vous des recommandations à faire concernant les améliorations éventuelles à apporter à ce réseau?

**La Dre Mills:** Je n'ai aucune information directe qui me permettrait de savoir dans quelle mesure ce réseau fonctionne bien. Le Dr Losos pourrait peut-être vous renseigner à ce sujet, vu son expérience au ministère de la Santé. Mon domaine de

associated with those issues.

**Dr. Losos:** Senator, there were impressive public health laboratory networks in Canada in the 1940s. There were some leading public health experts globally in the Canadian laboratories at that time. However, the labs were built for the 1940s and in respect of the communications, there was no informatics technology. Mandatory surveillance systems were not in place. Rather, it was a matter of the telephone between the labs. There was no formal, structured, sophisticated, surveillance system. Lab scientists responded as best they could and did a good job. They were world leaders to quite a degree, although they did not have the automaticity that some of the informatics technology can now build, such as thresholds.

If you reach a certain threshold, the bell will ring to indicate that you have found more salmonella than you did last year and so you investigate it. These sophistications were not in place back then but networks of laboratories have, in fact, existed for quite some decades in Canada.

**Senator Callbeck:** The National Network of Public Health Laboratories is effective. Is that correct?

**Dr. Losos:** It is getting there. It could certainly be strengthened by help from groups such as Canada Health Infoway, which has the resources for strengthening the informatics — the computer linkages and the data management linkages — between the laboratories. That is still rudimentary in some laboratories. A network of laboratories is actually crucial. Laboratories are the radar rooms of public health. This laboratory is laudable in its creation and it has come up with some terrific guidelines and standards. It could stand to have an infusion by working with some of the capacity around it like Infoway to strengthen it even further.

**Senator Cordy:** Thank you for an interesting dialogue. I know you both commented on how dedicated health workers are and certainly, members of this committee would agree with you. That was particularly noticeable during the SARS epidemic when health care workers went above and beyond their duties. In some cases, they put themselves and their families at risk of illness.

My question is for Dr. Losos. You made a comment about setting up the agency in respect of amalgamating or developing agreements with various other federal government departments including the Department of National Defence and Agriculture Canada. I assume you mean "emergency preparedness" from the Defence Committee.

spécialisation est la prévention des maladies chroniques, et non pas les maladies infectieuses, ce qui fait que je suis moins au courant des faits nouveaux dans ce domaine.

**Le Dr Losos:** Dans les années 40, nous avions des réseaux impressionnants de laboratoires de santé publique au Canada. Un certain nombre de grands experts de la santé publique, jouissant d'une réputation mondiale, travaillaient dans nos laboratoires canadiens à l'époque. Cependant, ces laboratoires ont été conçus et construits dans les années 40, et donc, en ce qui concerne les communications, ils n'étaient pas dotés de technologie de l'information avancée. De même, des systèmes de surveillance obligatoires n'étaient pas en place. Les communications se faisaient par téléphone entre les différents laboratoires. Il n'existait pas de système de surveillance officiel, bien structuré et sophistiqué à l'époque. Les scientifiques qui travaillaient dans ces laboratoires réagissaient dans la limite de leurs possibilités et faisaient un excellent travail. Ils étaient jusqu'à un certain point des chefs de file mondiaux, même s'ils ne bénéficiaient pas de l'automaticité que permettent à présent certaines technologies de l'information, par exemple les seuils.

Grâce à cette technologie, quand vous atteignez un certain seuil, une sonnerie s'enclenche pour vous indiquer que vous avez trouvé plus de salmonella que l'année dernière, et à ce moment-là, vous lancez une enquête. Ces mécanismes très sophistiqués n'existaient pas à cette époque même si des réseaux de laboratoires existent au Canada depuis plusieurs dizaines d'années.

**Le sénateur Callbeck:** Donc, le Réseau national des laboratoires de santé publique est efficace, n'est-ce pas?

**Le Dr Losos:** Il le devient petit à petit. Il bénéficierait certainement de l'aide que pourraient lui fournir des groupes comme Inforoute Santé du Canada, qui détient les ressources requises pour renforcer l'interconnexion — c'est-à-dire les liaisons entre les ordinateurs et la capacité de gestion des données — entre tous les différents laboratoires. Cette interconnectivité est encore très faible dans certains laboratoires. Or un réseau de laboratoires est essentiel. Les laboratoires constituent les radars de la santé publique. Ce nouveau réseau est tout à fait louable et il en est ressorti des lignes directrices et des normes qui sont excellentes. Mais ils pourraient se renforcer davantage s'ils étaient en mesure de bénéficier des capacités de groupes comme Inforoute Santé.

**Le sénateur Cordy:** Merci pour vos observations fort intéressantes. Je sais que vous avez tous les deux parlé du dévouement des travailleurs du secteur des soins, et les membres du comité sont certainement d'accord avec vous à cet égard. Nous l'avons bien vu pendant la crise du SRAS, quand les travailleurs ont vraiment fait preuve d'un très grand dévouement. Dans certains cas, ils se sont exposés et ont exposé leurs familles au risque de contracter la maladie.

Ma question s'adresse au Dr Losos. Vous avez parlé de la création d'un organisme qui aurait pour rôle, entre autres, de fusionner ou de conclure des ententes avec divers autres ministères fédéraux, y compris le ministère de la Défense nationale et Agriculture Canada. Je présume que vous faites allusion à la «planification d'urgence» qui relève du Comité de la défense.



**Dr. Losos:** Yes.

**Senator Cordy:** You used the word “agreements.” How do you see the departments working together? Would that be done with written agreements? Would there be interaction?

Who would be in charge if we were to have an emergency situation? Would it be the agency or would it depend on what the emergency was?

**Dr. Losos:** I know that can be confusing in a crisis situation: who is in charge and is it a health crisis? If it is health, then it should be the Minister of Health, period. The capacity of some of these other departments is incredibly significant in biotechnology. For example, Agriculture Canada and the National Research Council Canada have huge capacities. They should, more systematically, link to and work with the health sector as far as that particular field is concerned. There are numerous others. Health Canada will be working on infectious agents. The immunology centre of the NRC will be looking at infectious agents. They have made some major breakthroughs in infectious diseases but the linkage has not been systematic enough.

Many scientists will make connections with other people in the field because they know who they are and that they will do a good job in networking. My suggestion is that we need to make it systematic.

**Senator Cordy:** In fact, the linkage would be strengthened more formally. Is that what you are saying?

**Dr. Losos:** Yes, for example, you could have a standing committee on infectious diseases or any other aspect.

**Senator Cordy:** An AIDS committee, for example, would have representatives from various government departments.

**Dr. Losos:** That is right. We have an AIDS committee populated mostly by health professionals. However, AIDS is a zoonotic, SARS is a zoonotic, and mad cow disease is a zoonotic. The veterinarians have very sophisticated surveillance systems. They certainly are first on the wire with 5,000 inspectors across the country, when it comes to some of these problems. Dr. Mills alluded to the chief veterinary officer, who can mobilize 5,000 people in one hour and can close down any farm in Canada.

**Senator Cordy:** In fact, there is a first step. It is being done informally and you suggest that it should be more formalized.

**Le Dr Losos:** Oui.

**Le sénateur Cordy:** Mais vous avez bien parlé d’«ententes». À votre avis, quelle serait la nature de la collaboration entre les différents ministères? S’agirait-il d’ententes écrites? S’agirait-il d’interaction?

Qui serait responsable si l’on faisait face à une situation d’urgence? Serait-ce l’organisme en question, ou cela dépendrait-il de la nature de l’urgence?

**Le Dr Losos:** Je sais qu’en situation de crise, il peut y avoir énormément de confusion: qui donne les ordres et s’agit-il vraiment d’une crise mettant en cause la santé de la population? Si la santé de la population est en cause, c’est au ministre de la Santé qu’il devrait incomber d’agir. Par contre, les autres ministères ont de très grandes capacités en matière de biotechnologie. Par exemple, Agriculture Canada et le Conseil national de recherches du Canada ont des capacités considérables dans ce domaine. Il devrait donc y avoir des liens plus étroits et plus systématiques entre de tels organismes et le secteur des soins dans ce domaine particulier. Il y a bien d’autres exemples aussi. Santé Canada examine la question des agents infectieux. Le Centre d’immunologie du CNRC examine, lui aussi, les agents infectieux. Ce dernier a fait des percées importantes en ce qui concerne les maladies infectieuses, mais les liens entre tous ces organismes n’ont pas été suffisamment systématiques jusqu’à présent.

Il arrive très souvent que les scientifiques aient des rapports avec d’autres experts du même domaine parce qu’ils se connaissent et ils savent que ces gens-là pourront faire du réseautage. Pour ma part, j’estime que ces liens doivent être plus systématiques.

**Le sénateur Cordy:** Il s’agirait de créer des liens plus officiels. C’est ça que vous recommandez?

**Le Dr Losos:** Oui. Par exemple, on pourrait mettre sur pied un comité permanent des maladies infectieuses ou un comité chargé d’examiner un autre élément.

**Le sénateur Cordy:** Un comité chargé d’examiner le sida, par exemple, serait composé de représentants de différents ministères.

**Le Dr Losos:** C’est exact. Nous avons actuellement un comité du sida dont la grande majorité des membres sont des professionnels de la santé. Cependant, le sida est une zoonose, le SRAS est une zoonose, et la maladie de la vache folle est également une zoonose. Les vétérinaires disposent de systèmes très sophistiqués. Ce sont les premiers à communiquer avec les 5 000 inspecteurs qui travaillent d’un bout à l’autre du pays, lorsque des problèmes de ce genre se présentent. La Dre Mills a parlé du vétérinaire inspecteur en chef, qui est en mesure de mobiliser 5 000 personnes en une heure et de fermer n’importe quelle exploitation agricole au Canada.

**Le sénateur Cordy:** Il y a donc une première étape. Cette première étape demeure officieuse pour l’instant, et vous recommandez qu’elle devienne officielle.

**Dr. Losos:** That is right. We defined some of these roles and we cut back the number of committees in an effort to make it more efficient. However, it still ends up being a kind of voluntary, let's-get-together-and-manage-the-situation system, which very often works well. It could work better if it were mandatory.

**Senator Léger:** I have heard bits of responses to my questions as we have gone along. For public health, you suggested that we would need \$1 billion and that is because of the basic consumerism of our society. That is the angle.

I understood you to say that we should create a new agency. Should those efforts — money, human resources and highly trained specialists — be restricted to work in Canada or should there be a connection to the World Health Organization? Would we be creating another system with all the same weaknesses of the previous systems? We have only a certain amount of money and a certain number of specialists. Should we keep them for ourselves again?

**Dr. Losos:** My opinion is that we should get our house in order first. When we have our house in order, and we are functioning at the level that I believe we are all talking about, then we can help the World Health Organization out in three ways. First, we can fund specific projects — we migrated our global public health intelligence network to them, which is an Internet crawler that found SARS, I believe, three or four months before it actually was picked up by the systems in North America and Europe. We constantly do that, so we can migrate technology to them. Second, we could probably fund targeted activities. We could create an outbreak team that would target a specific area that Canada might have expertise in — meningitis, as an example — and have it at the ready and make it available for global response if there is a meningitis outbreak in sub-Saharan Africa or whatever.

Third, once we have our own human resources picture in order and we have enough people trained in Canada so that we have a surge capacity — so that we are not under-served and under-manned in our capacity — we could actually place people with WHO to supplement their expertise, because they are really thin. If you go to Geneva and you actually look at the capacity that they have to respond globally, it is really thin. It is 15, 20 people in their infectious disease group.

**Le Dr Losos:** C'est exact. Même si nous avons défini ces différentes tâches, le nombre de comités a été réduit en vue d'accroître leur efficacité. Mais il reste que ce système repose pour le moment sur des efforts volontaires, c'est-à-dire que les gens collaborent en vue de maîtriser la situation, et même si ce système donne très souvent de bons résultats, il pourrait donner de meilleurs résultats si ces mesures étaient obligatoires.

**Le sénateur Léger:** Vous avez répondu en partie à certaines de mes questions au fur et à mesure de la discussion. En ce qui concerne la santé publique, vous avez dit qu'il nous faudrait 1 milliard de dollars, et ce parce que notre société est essentiellement une société de consommation. C'est sous cet angle-là qu'on veut examiner les problèmes.

Si j'ai bien compris, vous dites que nous devrions créer un nouvel organisme. À votre avis, cette initiative — c'est-à-dire les crédits, les ressources humaines et les grands spécialistes — devrait-elle être limitée au territoire canadien, ou faudrait-il y inclure la coopération avec l'Organisation mondiale de la santé? Ne courrons-nous pas le risque de créer un autre système qui présente toutes les mêmes faiblesses de ceux qui l'ont précédé? Nous ne disposons que d'une certaine somme d'argent et d'un certain nombre de spécialistes. Faut-il les garder pour nous?

**Le Dr Losos:** À mon avis, nous devrions d'abord mettre de l'ordre dans nos propres affaires. Quand ce sera fait, et que nous serons à même de mener nos activités au niveau qui nous semble à nous tous approprié, nous pourrions aider l'Organisation mondiale de la santé de trois façons. D'abord, nous pourrions financer des projets spécifiques — nous l'avons fait profiter de notre réseau mondial de renseignements sur la santé publique, par exemple; c'est un moteur de recherche Web qui a permis, si je ne me trompe pas, de détecter la présence du SRAS trois ou quatre mois avant qu'il ne soit repéré par les systèmes en place en Amérique du Nord et en Europe. Nous faisons constamment ce genre de chose, si bien que nous sommes en mesure de lui transférer notre technologie. Deuxièmement, nous pourrions sans doute financer certaines activités ciblées. Nous pourrions créer une équipe d'intervention en cas de poussée épidémique qui choisirait un domaine précis où le Canada aurait une bonne expertise — la méningite, par exemple — et ferait en sorte que cette expertise soit disponible pour une intervention mondiale en cas de poussée de méningite en Afrique subsaharienne, par exemple.

Troisièmement, une fois que nous aurons mis de l'ordre dans nos propres ressources humaines et que nous aurons suffisamment de personnel qualifié au Canada pour être sûrs d'avoir une capacité d'intervention additionnelle — de façon à éviter de manquer de services essentiels et de personnel — nous pourrions éventuellement détacher des spécialistes auprès de l'OMS pour compléter leur expertise, parce que cette dernière n'a pas un effectif très important. Si vous allez à Genève, vous allez voir que la capacité de l'OMS de préparer des interventions mondiales est assez faible. Le groupe chargé des maladies infectieuses ne compte que 15 ou 20 personnes.



**Senator Léger:** If I understand well, it most interesting. We are in globalization. If we do our part here, it can be part of WHO almost automatically.

**Dr. Losos:** Yes.

**Senator Léger:** If the need be.

**Dr. Losos:** If we get our house in order, we will be asked for participation in global systems, to address Senator Keon's point again. If we have it together, then we will be at the table when international systems will be created. I predict that international systems will have to be created, because it is a globalized world. If we do not do it now, our successors will do it.

**Ms. Mills:** I agree with Dr. Losos, that the best way to contribute to global public health — both for selfish and altruistic reasons as a developed country — is to create capacity in our own country. When I was at Health Canada, I would get a call from Pan American Health Organization almost yearly, because I happen to speak Spanish, asking if I could go down there and help them with some things. I would have to say no, because we did not have the salary dollars to replace me if I left my position at Health Canada. We need to have capacity to be able to both fulfil our own public health obligations here, and to hold up our moral responsibility to contribute to global health in the broader sense. That requires having some depth to our workforce.

**The Chairman:** I want to ask two questions. Dr. Losos, what are our international reporting obligations? There was a lot of criticism of China for not reporting the SARS epidemic until several months later. Do we have legal international obligations that require that we inform the rest of the world if something is happening in Canada?

**Dr. Losos:** Cholera, yellow fever and plague are the only three diseases covered by the international health regulations — none of which, to my knowledge, have we seen for quite awhile, although they get an occasional case of plague in California.

**The Chairman:** To that extent, if SARS had started here, we would not have been under any international obligation to tell anyone.

**Dr. Losos:** No, but that is where leadership comes in. A proactive commissioner, a proactive agency, would have contacted WHO and said this is what is happening, this is what we are doing to control it, and I believe that they never would have shut down Toronto.

**Le sénateur Léger:** Si je vous ai bien compris, ce serait une possibilité intéressante. Nous sommes touchés par la mondialisation. Si nous faisons notre part, ce nouvel organisme pourrait automatiquement collaborer avec l'OMS.

**Le Dr Losos:** Oui.

**Le sénateur Léger:** Si besoin est.

**Le Dr Losos:** Si nous mettons nos propres affaires en ordre, on nous demandera de participer à l'élaboration de systèmes mondiaux, comme le disait tout à l'heure le sénateur Keon. Si tout va bien chez nous, nous serons forcément partie prenante lorsqu'il s'agira de créer des systèmes internationaux. Et selon moi, de tels systèmes devront être créés, parce que la mondialisation nous touche tous. Si nous ne prenons pas les mesures nécessaires maintenant, nos successeurs vont le faire à notre place.

**La Dre Mills:** Je suis d'accord avec le Dr Losos pour dire que la meilleure façon de contribuer à améliorer la santé publique dans le monde — pour des raisons à la fois égoïstes et altruistes, en tant que pays développé — est de créer des capacités dans notre propre pays. Lorsque je travaillais à Santé Canada, presque chaque année quelqu'un de l'Organisation panaméricaine de la santé m'appelait, parce qu'il se trouve que je parle espagnol — pour me demander si je pourrais aller chez eux pour les aider à faire certaines choses. J'étais toujours obligée de refuser, parce que notre budget n'était pas suffisant pour permettre de payer quelqu'un pour me remplacer dans mon poste pendant mon absence. Donc, il nous faut avoir la capacité de respecter nos propres obligations en matière de santé publique ici au Canada, et d'assumer notre responsabilité morale pour ce qui est de contribuer à favoriser la santé mondiale dans un sens plus large. Cela suppose un effectif plus important et plus solide.

**Le président:** Je voudrais poser deux questions. Docteur Losos, en quoi consistent nos obligations internationales en matière de déclaration et de communication? La Chine a été vivement critiquée pour avoir attendu plusieurs mois avant de déclarer la présence de l'épidémie du SRAS. Avons-nous des obligations juridiques internationales qui font que nous devons informer le reste du monde si un problème surgit au Canada?

**Le Dr Losos:** Le choléra, la fièvre jaune et la peste sont les seules maladies visées par les règlements internationaux en matière de santé — et que je sache, aucune de ces trois maladies n'est présente depuis fort longtemps, même si des cas de peste sont parfois observés en Californie.

**Le président:** Donc, si le SRAS avait d'abord été repéré ici au Canada, nous n'aurions pas été tenus par les règlements internationaux d'en informer qui que ce soit.

**Le Dr Losos:** Non, mais c'est là que la question du leadership prend toute son importance. Un commissaire proactif ou un organisme proactif aurait pris l'initiative de se mettre en rapport avec l'OMS et de l'informer de la situation et des mesures prises pour la maîtriser, et si cela avait été fait, à mon avis, cette dernière n'aurait jamais recommandé que Toronto soit inscrite sur la liste des villes à éviter.

**Senator Morin:** We were blaming China without reason. That is a good point.

**Dr. Losos:** Yes.

**The Chairman:** Related to that — assume for the moment that we have at least a moral obligation, if not a legal one, to tell the rest of the world — is that the real justification for having essentially a national network of epidemiologists funded by the federal government? It is impossible for us to fulfil our international obligation if we do not have the information, so we have to have the people who can get us the information. Is that right?

**Dr. Losos:** One of the cornerstones, senator, of the CDC's capacity in the United States, despite their mass and everything I mentioned before, is their Epidemiology Intelligence Service, EIS — their epidemiologists in the States. It is an informal communications network, where one picks up the phone and says I found this, and then the whole system gets triggered. In Canada, we have had field epidemiologists, as we call them, but very few; and when they were put into the provinces, they ended up, at least in the earlier years, doing scut work and adminis-trivia as opposed to doing the outbreak investigation. In my opinion, it is a federal role, and also a human resource development role, to get people of enough seniority and place them with the provinces as outbreak investigation officers, as epidemiologists.

**The Chairman:** I guess I am asking whether this argument is correct, that in fact that does not constitute the federal government interfering at either the local or the provincial level, because it really constitutes the federal government doing what it has to do to fulfil its international responsibilities?

**Dr. Losos:** That is right, and the provinces have always been very welcoming to this added capacity.

**The Chairman:** The head of the British Columbia Centre for Disease Control made that argument.

You talked about the governance of CIHR, the Canadian Institutes of Health Research. Remind me what that is — that board has five provincial representatives and five federal, is that correct?

**Dr. Losos:** It has a lot of academics on it. I cannot remember the exact number, senator, but it does have provincial and federal representation on it.

**The Chairman:** One might end up with different numbers, but basically it is the same principle that you have argued for your board.

**Le sénateur Morin:** Nous avons critiqué la Chine sans que ce soit justifié. C'est vrai ce que vous dites.

**Le Dr Losos:** Oui.

**Le président:** Dans le même ordre d'idées — supposons que nous ayons au moins l'obligation morale, sinon juridique, de communiquer ce genre d'information au reste du monde — est-ce au fond la vraie raison pour laquelle il faut absolument un réseau national d'épidémiologues financé par le gouvernement fédéral? Il nous est impossible de remplir nos obligations internationales si nous ne possédons pas les bonnes informations, et par conséquent, il nous faut avoir accès aux personnes qui peuvent nous les fournir. C'est bien ça?

**Le Dr Losos:** Sénateur, l'un des principaux éléments constitutifs de la capacité des CDC aux États-Unis, malgré leur taille et tout ce dont je vous parlais tout à l'heure, est leur Epidemiology Intelligence Service, le EIS — c'est le service qui regroupe les épidémiologues américains. C'est un réseau de communications officieux; autrement dit quelqu'un prend le téléphone pour signaler qu'il a trouvé telle chose, et tout le système s'enclenche. Au Canada, nous avons des épidémiologues de terrain — c'est le nom qu'on leur donne — mais nous en avons très peu; et lorsqu'on en a détaché auprès des provinces, ils ont fini, du moins pendant les premières années, par se faire imposer du travail insignifiant et administratif, au lieu de mener des enquêtes sur les poussées épidémiques. À mon avis, le gouvernement fédéral, et notamment le ministère du Développement des ressources humaines ont la responsabilité de sélectionner des experts ayant une expertise suffisante pour les détacher auprès des provinces à titre d'épidémiologues ou d'agents d'enquête sur les éclosions.

**Le président:** Ce que j'essaie de savoir au fond c'est dans quelle mesure on peut affirmer que si le gouvernement fédéral agit de cette façon, cela ne peut être considéré comme de l'ingérence dans les activités locales ou provinciales, parce qu'à ce moment-là, le fédéral ne fait que remplir ses responsabilités internationales. Cet argument-là peut-il se défendre?

**Le Dr Losos:** Oui, absolument, et les provinces ont toujours été tout à fait disposées à accepter cette capacité accrue.

**Le président:** C'est justement l'argument qu'a fait valoir le dirigeant du British Columbia Centre for Disease Control.

Vous avez parlé de l'administration des IRSC, soit les Instituts de recherche en santé du Canada. Rappelez-moi la nature de sa structure — ai-je raison de penser que son conseil d'administration compte cinq représentants provinciaux et cinq représentants fédéraux?

**Le Dr Losos:** Il est composé d'un grand nombre d'universitaires. Je ne me rappelle pas le nombre exact, sénateur, mais je sais qu'il compte des représentants à la fois provinciaux et fédéraux.

**Le président:** Les chiffres pourraient être un peu différents, mais vous souhaitez que le principe soit le même pour votre conseil.



**Dr. Losos:** Yes, and to go back to the senator's question over here, I think a board of capacity like I am talking about should include the voluntary sector. There is no reason that the Cancer Society, with the size it is, and the National Cancer Institute that it funds, would not be represented on a board like that. The Heart and Stroke Foundation has \$100 million worth of research a year, which may not be as big as CHIR, but is no small pittance. It should have something to say when it comes to the public health of cardiovascular disease.

**The Chairman:** What is the nature of the board of the Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta?

**Dr. Losos:** Usually, it is made up of deans of medical schools, but they have broadened their look on life just as CIHR has. They have consumer groups, advocacy groups and voluntary organizations.

**The Chairman:** But no state representatives?

**Dr. Losos:** To my knowledge, no state representatives.

**The Chairman:** There are two items I would like you to think about. In politics, selling an idea is often the hardest thing to do, so I would like you to reflect on the following observations.

First, to get back to the discussion that you had, Dr. Losos, with Senator Roche about what the provinces will allow you to do, I would like you to think about the title for your organization, for the following reason. I think if the word "emergency" is in there, it is impossible for a provincial government to get upset because at that point you are dealing with a health emergency and no one is going to stand on constitutional nicety. I would like you to reflect on whether there is a way to do that.

The second comment is to Dr. Mills, and it picks up on Senator Trenholme Counsell's point. Outside of the intelligentsia, I can guarantee no one knows what population health means; and I bet you very few people know what public health means. I do not care what you do with the name of your own organization. Can you reflect on a way to describe what you are talking about in your brief, which is old-fashioned public health — not in a derogatory sense? We have to find a way to describe that to the people so that just from the name of the organization, they know what it does. Right now, a commissioner for public health would cause people's eyes to glaze over. If, somehow, what they saw in their mind was an organization responsible for dealing with immunizations which prevent outbreaks, and dealing with emergencies, I think you would get a totally different reaction from the public — and more importantly, from provincial governments.

**Le Dr Losos:** Oui, et pour en revenir au point soulevé par l'autre sénateur, un conseil disposant d'une grande capacité comme celle que je recommande devrait inclure le secteur bénévole. Il n'y a pas de raison, vu sa taille, ne pas prévoir qu'un conseil de ce genre compte des représentants de la Société canadienne du cancer et de l'Institut national du cancer, que cette dernière finance. Pour sa part, la Fondation des maladies du coeur investit quelque 100 millions de dollars dans les recherches chaque année, et même si son effort n'est pas aussi important que celui des IRSC, ce n'est pas rien non plus. Par conséquent, elle devrait avoir son mot à dire sur les programmes de santé publique relatifs aux maladies cardiovasculaires.

**Le président:** Quelle est la structure du conseil d'administration des Centers for Disease Control and Prevention à Atlanta?

**Le Dr Losos:** Il est généralement composé de doyens des facultés de médecine, mais la représentation y a été élargie également, un peu comme aux IRSC. Par conséquent, des représentants de groupes de consommateurs, de groupes de défense d'intérêt public et d'organismes bénévoles y siègent également.

**Le président:** Donc, il n'y a pas de représentants des États?

**Le Dr Losos:** À ma connaissance, non.

**Le président:** Il y a deux points que je voudrais soumettre à votre examen. En politique, le plus difficile consiste souvent à convaincre les gens d'accepter votre idée, et donc je vous invite à réfléchir aux éléments suivants.

D'abord, pour reprendre le thème de la discussion que vous, docteur Losos, avez eue avec le sénateur Roche concernant ce que les provinces vous permettront de faire, je vous invite à réfléchir au nom de l'organisme que vous proposez, pour la raison que voici: à mon avis, si le mot «urgence» s'y trouve, un gouvernement provincial ne pourra pas se fâcher parce qu'il s'agira d'intervenir en cas d'urgence sanitaire et personne ne va s'y opposer pour une question purement constitutionnelle. Je vous invite donc à y réfléchir et à vous demander s'il y aurait moyen de faire cela.

Ma deuxième remarque s'adresse à la Dre Mills, et reprend le point soulevé par le sénateur Trenholme Counsell. À part l'intelligentsia, je peux vous garantir que personne ne sait ce que signifie l'expression «santé de la population»; et je serais même prêt à parier que très peu de gens savent ce que veut dire les l'expression «santé publique». Le nom que vous donnerez à votre propre organisme m'importe peu. Par contre, pourriez-vous essayer de trouver une façon de décrire ce dont vous parlez dans votre mémoire — à savoir la santé publique telle qu'on l'entendait autrefois — mais sans que ce soit négatif ou dénigrant? Il faut trouver le moyen de décrire ces activités afin que les gens comprennent, en voyant le nom de l'organisme, en quoi consiste ses fonctions. À l'heure actuelle, le titre «commissaire responsable de la santé publique» ne susciterait absolument aucune réaction chez les gens. Par contre, s'ils comprenaient tout de suite qu'il s'agit d'un organisme ayant la responsabilité des programmes de vaccination en vue de prévenir les poussées épidémiques, et des mesures d'intervention en cas d'urgence, à mon avis, la réaction du public — et surtout des administrations provinciales — serait totalement différente.

I ask the two of you to reflect on that and see if you can give us your thoughts on that. I know it sounds odd and not academic, but I mean political in the best sense of the word — the small “p” political in selling it to the public. What we call this animal will really matter, and I would like you to reflect on that.

I thank you all for coming.

The committee adjourned.

---

OTTAWA, Thursday, October 2, 2003

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:06 a.m. to study on the infrastructure and governance of the public health system in Canada, as well as on Canada's ability to respond to public health emergencies arising from outbreaks of infectious disease.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, this morning, our witnesses are from the Canadian Coalition for Public Health in the 21st Century. We will hear from Dr. Elinor Wilson, the co-chair and Dr. Maureen Law, a member of the coalition, who has also had, as many will remember, positions around Ottawa for some time over the years. Welcome back.

**Dr. Elinor Wilson, Co-Chair, Canadian Coalition for Public Health in the 21st Century:** Thank you very much for this opportunity to present to the committee. Dr. Law and myself will share our presentation, and then we will both be available to answer questions.

We appreciate the mandate of the committee and its current short-term look at one piece of our public health system — the infectious disease component. However, the coalition believes that the systemic issues that Canada experienced in dealing with the SARS crisis demonstrate overarching challenges we face with the entire public health system. These challenges have given Canada an unprecedented opportunity to look at the entire public health system, and, obviously, improve it for the overarching health of Canadians.

I should like to introduce first the coalition. Last year, the Canadian Institutes of Health Research, CIHR, through the Institute of Population and Public Health, commissioned a paper on the future of public health in Canada. This paper was commissioned prior to all of the extreme health crises that we faced in this country. In May 2003, there was a forum held in conjunction with the Canadian Public Health Association meeting on the future of public health in Canada. This think-tank brought together disparate groups and individuals with expertise to debate the issues relating to public health in Canada. The coalition was formed as a result of that, and the Canadian

Je vous invite donc tous les deux à réfléchir à ces questions et à nous faire connaître le fruit de votre réflexion. Je sais que cela peut vous sembler étrange et pas tellement en rapport avec votre travail d'universitaires, mais quand je dis «politique», j'emploie ce mot dans son sens le plus noble — c'est-à-dire le mot «politique» avec un petit «p», dans le sens qu'il faut convaincre le public du bien-fondé de l'idée. Je pense que le nom qu'on donnera à ce nouvel organisme aura beaucoup d'importance, et voilà pourquoi je vous demande d'y réfléchir.

Merci à tous d'avoir assisté à la réunion d'aujourd'hui.

La séance est levée.

---

OTTAWA, le jeudi 2 octobre 2003

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, pour examiner l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous recevons ce matin des témoins représentant la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle. Nous entendrons d'abord la coprésidente, Mme Elinor Wilson, puis la Dre Maureen Law, membre de la coalition, qui a occupé, beaucoup s'en souviendront, différents postes dans la région d'Ottawa au fil des ans. Nous sommes heureux de vous revoir.

**Mme Elinor Wilson, coprésidente, Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle:** Merci beaucoup de nous permettre de faire cet exposé que la Dre Law et moi-même vous présenterons conjointement. Nous répondrons ensuite à vos questions.

Nous connaissons le mandat de votre comité et nous savons que vous vous intéressez actuellement aux maladies infectieuses, un des aspects de notre système de santé publique. Notre coalition estime toutefois que les problèmes systémiques que le Canada a connus lors de la crise du SRAS illustrent bien les grands défis que vous devez relever dans l'ensemble du système de santé publique. Cela donne au Canada l'occasion unique d'examiner à fond son système de santé publique et, bien sûr, d'y apporter des améliorations pour le mieux-être de tous les Canadiens.

J'aimerais d'abord présenter notre coalition. L'an dernier, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par l'entremise de l'Institut de la santé publique et des populations, ont commandé une étude sur l'avenir de la santé publique au Canada. Cette commande a été passée avant les graves crises sanitaires que notre pays a connues. En mai 2003, un forum a été tenu parallèlement à la réunion de l'Association canadienne de la santé publique qui portait sur l'avenir de la santé publique au Canada. Des groupes et des individus ont ainsi pu mettre en commun leur expertise et leurs bagages divers pour discuter des questions de santé publique au Canada. La coalition a été



Public Health Association, as Canada's premier agency in public health, was asked to take on the function of secretariat for the coalition.

The members of the coalition currently include the Canadian Public Health Association, the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, the Canadian Medical Association, the Canadian Nurses Association, the Canadian Institutes of Health Research, and, of course, many distinguished individuals, such as Dr. Maureen Law and Dr. Monique Bégin, who share and hold the values of public health in Canada.

The coalition is unique in that it pulls together all these independent and diverse organizations, which had been debating issues of public health and had already made statement on public health. Those of you who sit on committees such as this often know how difficult it is to get consensus in our broadly diverse country. As these groups came together, we were amazed at how very similar our points were on public health. We decided that we needed not only to form this coalition but also to expand it as quickly as possible and engage the Canadian public in debates about public health and its future in this country.

Even we are discussing and debating the issue of infectious disease in this committee, it is chronic disease in this country that kills the majority of our population. Four chronic diseases — heart disease, cancer, diabetes, and chronic obstructive pulmonary disease — cause three-quarters of all deaths in Canada. Thirty-five per cent of all deaths are caused by heart disease; seventy per cent of premature deaths and two thirds of chronic disability are preventable. We believe that public health is the foundation of all of health care, which looks after these chronic diseases as well.

**Dr. Maureen Law, Member, Canadian Coalition for Public Health in the 21st Century:** Health care is what we call a "downstream" focus — that is, we pick up the pieces after the illness has occurred. It provides clinical services to individuals. It is involved with diagnosis and treatment. The approximate total current spending on health care is \$110 billion per year.

In contrast, public health has an "upstream focus" — that is, attempting to prevent illness and to promote the health of Canadians. It is really the foundation for the well-being of our population. At the moment, we are spending about \$2 billion per year on public health.

It is important to recognize that the public health system and the health care system should not be viewed as separate systems. They are really components of a single health system. We absolutely need this comprehensive approach. Both components of the health system must be adequately funded, effectively managed and delivered, and appropriately monitored. When the

constituée à l'issue de ces discussions, et l'Association canadienne de santé publique, en sa qualité de principal organisme dans ce domaine au Canada, s'est vu confier la fonction de secrétariat pour la coalition.

Les membres actuels de la coalition sont l'Association canadienne de santé publique, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, sans compter les nombreuses personnalités de marque, comme la Dre Maureen Law et Mme Monique Bégin, qui défendent les valeurs inhérentes à la santé publique au Canada.

La coalition se distingue par sa capacité de rassembler toutes ces organisations indépendantes et diversifiées qui se penchaient déjà et avaient pris position sur les problèmes de santé publique. Lorsqu'on siège à un comité comme le vôtre, on sait bien à quel point il est souvent difficile de dégager un consensus dans un pays aussi diversifié que le Canada. Nous avons donc été étonnés par la grande similitude entre les points de vue de nos différents groupes relativement à la santé publique. Non seulement avons-nous déterminé que cette coalition avait sa raison d'être, mais aussi qu'il fallait en accroître la portée le plus rapidement possible afin d'amener la population à participer aux grands débats sur la santé publique et son avenir dans notre pays.

Ce comité se penche sur la question des maladies infectieuses, mais ce sont les maladies chroniques qui sont responsables de la majorité des décès au Canada. En effet, les trois quarts de tous les décès sont attribuables à quatre maladies chroniques: les maladies cardiaques, le cancer, le diabète et la broncopneumopathie chronique obstructive. Les maladies cardiaques sont responsables de 35 p. 100 de l'ensemble des décès; 70 p. 100 des décès prématurés et les deux tiers des incapacités chroniques pourraient être évités. Nous croyons que la santé publique est la base du système de santé dans son ensemble qui comprend le traitement de ces maladies chroniques.

**La Dre Maureen Law, membre, Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle:** Les soins de santé font partie de ce que nous appelons les interventions en aval — c'est-à-dire, que nous agissons une fois que la maladie est déclarée. Des services cliniques sont offerts aux malades. Il y a aussi des diagnostics et des traitements. On estime actuellement à environ 110 milliards de dollars par année le montant total dépensé pour les soins de santé.

Au contraire, la santé publique s'inscrit dans les interventions en aval — c'est-à-dire que nous nous efforçons de prévenir la maladie et de promouvoir la santé auprès des Canadiens. Cette démarche est à la base du mieux-être de notre population. Nous dépensons actuellement quelque 2 milliards de dollars par année pour la santé publique.

Il faut bien comprendre que la santé publique et les soins de santé ne doivent pas être considérés comme des systèmes fonctionnant en vase clos. Ce sont les composantes d'un même système. Cette approche globale est absolument essentielle. Les deux composantes de notre système de santé doivent profiter d'un financement suffisant, être gérées et mises en oeuvre efficacement,



public health component is fragmented and starved for resources — as it is at present — the health care side suffers the consequences in avoidable demands and costs.

The two components have to be strongly linked. For example, public health experts must be integrated into the communicable disease response teams in health facilities such as hospitals. Practising physicians have important roles to play in prevention and promotion in addressing issues such as tobacco and obesity. They need to be supported in that role by the local public health officials. Of course, effective disease surveillance requires close collaboration of the public health and health care components of the system.

Public health is not only about this comprehensive health system; we also need to think about multi-sectoral approaches. It is clear that the health of Canadians cannot be protected by the health system working in isolation. The actions or inactions of many other sectors greatly influence our health. We cannot be protected from communicable diseases if our water is unsafe. We cannot be protected from respiratory illnesses if our air is polluted. We cannot reduce tobacco use without the cooperation of the ministries of agriculture and industry. We cannot persuade Canadians to adopt healthier lifestyles without the involvement of our education systems. These are only a few of the many examples we could cite.

Having said that, I understand how difficult the implementation of this concept of multi-sectoral approaches — or what we sometimes call “healthy public policy” — can be in practice. Some body has to have the mandate, the leadership, the dedication and the resources to pursue such a policy relentlessly. It is an important reason for the creation of a national public health agency as proposed by the coalition members and many others.

I know from my own experience as a deputy minister of health and welfare how frustrating it can be not to have the time to pursue these multi-sectoral approaches in a long-term, sustained way when you are constantly distracted by the crises of the moment.

Finally, this comprehensive system has to have strong international links. Canada has international obligations, such as those under the international health regulations concerning communicable diseases, for example, and more recently tobacco control. If we are to meet these obligations, we must immediately strengthen our public health services, especially in relation to surveillance and communication.

With increasing globalization, we also have much to gain from these international links. We need to know about new developments around the world in relation to communicable disease or possible biological or chemical terrorism, et cetera. We

et faire l'objet de mesures de contrôle adéquates. Lorsque le volet santé publique est fragmenté et privé de ressources — comme c'est le cas actuellement —, le volet soins de santé en subit les conséquences sous forme d'une demande accrue et de coûts qui auraient pu être évités.

Les deux composantes doivent être étroitement liées. Par exemple, des experts en santé publique doivent faire partie des équipes d'intervention pour les maladies contagieuses dans des établissements comme les hôpitaux. Les praticiens ont un rôle important à jouer dans la prévention et la sensibilisation pour la lutte contre des problèmes comme le tabagisme et l'obésité. Les autorités locales de santé publique doivent les appuyer dans cette tâche. Il va sans dire qu'une surveillance efficace des maladies exige une collaboration de tous les instants entre les volets santé publique et soins de santé.

Les interventions en santé publique ne passent pas uniquement par le système de santé; il faut également adopter des approches multisectorielles. Il est évident que le système de santé ne peut pas, à lui seul, protéger la santé des Canadiens. Les agissements — ou l'inaction — de bien d'autres secteurs influent grandement sur notre santé. Si notre eau n'est pas potable, nous sommes exposés à des maladies contagieuses. Si notre air est pollué, nous risquons de contracter des maladies respiratoires. Nous ne pouvons pas réduire le tabagisme sans la coopération des ministères de l'Agriculture et de l'Industrie. Nous ne pouvons pas persuader les Canadiens d'adopter des modes de vie plus sains sans la contribution de nos systèmes d'éducation. Et nous pourrions citer bien d'autres exemples en ce sens.

Ceci étant dit, je suis consciente de toutes les difficultés associées à l'application de ce concept d'approches multisectorielles — ou de «politique publique de santé» si vous préférez. Il faut qu'un organisme ait le mandat, le pouvoir, la volonté et les ressources pour tout mettre en oeuvre en vue de l'application d'une telle politique. C'est pourquoi les membres de notre coalition préconisent, comme bien d'autres, la création d'un organisme national responsable de la santé publique.

Mon expérience de sous-ministre de la Santé et du Bien-être social m'a appris à quel point il pouvait être frustrant de ne pas avoir le temps d'appliquer ces approches multisectorielles de façon durable lorsqu'on est constamment sollicité pour régler des crises.

Enfin, ce système global doit pouvoir s'appuyer sur des liens établis à l'échelle internationale. Le Canada a des obligations envers les autres pays, comme celles prévues par le Règlement sanitaire international concernant les maladies contagieuses, par exemple, et plus récemment la lutte contre le tabagisme. Pour respecter ces obligations, nous devons consolider sans tarder nos services de santé publique, surtout au chapitre des communications et de la surveillance des maladies.

Dans un contexte de mondialisation croissante, ces liens internationaux peuvent nous apporter beaucoup. Ainsi, il nous faut savoir ce qui se fait de nouveau dans les autres pays relativement aux maladies contagieuses ou aux risques de



are not alone in dealing with those issues. We need to learn from other countries and share with them what can be done on this broad range of common interests.

Moreover, although we still have one of the world's healthiest populations, we have been falling behind in international comparisons in recent years. We need to take a good look at the countries that are have moved ahead of us on that scale to learn from their actions. I think that is particularly true on the public health side.

**Ms. Wilson:** I would like to briefly review the principles that the coalition has established and then speak to each of them in a bit more depth.

In coming to this consensus, we looked at principles from all of the organizations that are part of the coalition and were able very readily to come to certain principles that we felt were overarching.

The first is that public health is a national responsibility and it requires a pan-Canadian approach with shared leadership across sectors. By "pan-Canadian," we mean that Canada needs to have government, non-governmental organizations, and the business sector all working together with clearly defined accountabilities and national leadership. The public expects no less from our government. The public health focus on population and communities complements the work done by our excellent health care system. Funding for public health should be viewed as essential and strategic to provide the foundations for the entire system. We must be prepared for future public health issues by investing now. The model that comes to mind is the Boy Scouts' "Be Prepared," as opposed to "just-in-time responses."

The coalition is suggesting that \$1 billion be immediately reinvested in public health and that this base funding be doubled within five years. We are suggesting the creation of a national public health agency, led by a national public health officer. We are suggesting a pan-Canadian system with strengthened health human resources and a national information and communications system for public health. We think this will require a reform of legislation at the federal and provincial government levels to clarify roles and responsibilities and, obviously, funding mechanisms to support accountabilities.

The coalition is able to bring some synergy to this as a national issue. Because of the diverse range of organizations and their members, we believe that we can play a role in assisting committees such as this; taking the pulse of organizations across the country; and potentially taking the pulse of the public on issues that are germane to your debate.

Even though we have spoken about the broader public health system and the issue of chronic disease, we would like to remind the committee that a study in the *Journal of the American Medical*

terrorisme biologique ou chimique, notamment. Nous ne sommes pas les seuls à devoir régler ces problèmes. Nous devons apprendre des expériences des autres pays et leur faire part de nos propres solutions à l'égard de ce large éventail de questions d'intérêt commun.

Qui plus est, bien que nous ayons encore l'une des populations les plus en santé de la planète, nous avons perdu du terrain à l'échelle internationale au cours des dernières années. Nous devons examiner ce qui s'est fait dans les pays qui nous ont damé le pion à ce chapitre pour en tirer les enseignements nécessaires. Je crois que cela s'applique tout particulièrement au domaine de la santé publique.

**Mme Wilson:** J'aimerais vous exposer brièvement les principes qui ont présidé à l'établissement de notre coalition, puis vous parler de chacun d'eux plus en détail.

Pour dégager un consensus, nous avons considéré les principes directeurs de toutes les organisations faisant partie de la coalition, ce qui nous a permis d'en arriver rapidement à un ensemble de principes communs.

La santé publique est avant tout une responsabilité nationale qui exige une approche pancanadienne sous la direction des différents secteurs concernés. On s'attend donc à ce que le gouvernement, les organisations non gouvernementales et le secteur privé travaillent ensemble en fonction de responsabilités bien définies et sous la gouverne d'un leadership national. C'est ce que les Canadiens veulent de leur gouvernement. En mettant l'accent sur la santé publique de nos citoyens et de nos collectivités, nous complétons l'excellent travail accompli par notre système de soins de santé. Il faut voir le financement de la santé publique comme un élément essentiel et stratégique pour la mise en place du système global de santé. Nous devons investir dès maintenant pour nous donner les moyens de faire face aux problèmes de santé publique que l'avenir nous réserve. Il faut ici penser à la devise des scouts qui est de se tenir toujours prêts.

La coalition propose qu'un milliard de dollars soit immédiatement réinvesti dans la santé publique et que ce financement de base soit doublé d'ici cinq ans. Nous proposons également la création d'un organisme national responsable de la santé publique, sous la direction d'un agent désigné. Nous suggérons la mise en place d'un système pancanadien mieux doté en matière de ressources humaines, ainsi que d'un système national d'information et de communication pour la santé publique. Nous estimons que de telles mesures exigeraient une réforme des lois fédérales et provinciales afin de préciser les attributions de chacun de même que les mécanismes de financement nécessaires pour s'acquitter de ces responsabilités.

Comme il s'agit d'une question d'intérêt national, la coalition pourrait générer une partie de la synergie requise. Compte tenu de la diversité de nos organisations et de leurs membres, nous estimons pouvoir aider les comités comme le vôtre; prendre le pouls des organisations partout au pays; et même consulter la population sur des questions propres à notre débat.

Nous n'avons parlé jusqu'à maintenant que du système global de santé publique et de la question des maladies chroniques, mais nous aimerions rappeler au comité les résultats d'une étude du



*Association* looking at the outcomes of the SARS epidemic and looking at 144 patients, of whom eight died, concluded that diabetes and other co-morbid conditions were independently associated with poor outcomes. In other words, SARS did not generally affect the healthy individual; it tended to affect most dramatically those individuals who were already ill.

In a society such as Canada, where more than 85 per cent of the population has one or more major risk factors for one of the chronic diseases, we cannot ignore chronic disease in all of this. As a coalition, we have a web-based survey in the field, and we are prepared to deliver the results of this survey to this committee in a timely fashion to form part of your deliberations.

Rebuilding public health requires an investment in people, systems and the nation. Such investment will assist us in building sustainability in the longer term for our health care system. Additionally, we would expect it to divert potential patients from utilizing the extreme amount of health care resources that we, as individuals, use now in this country.

The study of public health and this concern is not limited to Canada. In 1998, in the United States, the Institute of Medicine did a study on the future of public health, which they defined as what we do as a society to collectively assure the condition in which people can be healthy. Just this year, they did another study of public health entitled, "The Future of the Public's Health in the 21st Century." You can see how their focus changed from the future of "public health" as an entity to the recognition that we are really talking the future of the "public's" health in the 21st century.

The vision that drove them was healthy people in healthy communities. They made the point that government agencies cannot do this alone. This needs to include public health systems, government health agencies, the health care delivery system, academia, communities, schools, business, and the media.

They found, in the United States — under the glare of their national crisis, which was precipitated by the anthrax scare — the following things. As I cite them, I would like us to think about some of the things that we have found already in our system. In the U.S., they found: vulnerable and outdated health information systems and technologies; an insufficient and inadequately trained public health workforce; antiquated lab capacity; lack of real-time surveillance; ineffective and fragmented communications networks; incomplete domestic preparedness and emergency response; and communities without access to essential public health services. The points that the Institute of Medicine discovered in the United States' public health system resonate clearly with us in Canada.

With respect to investment, we are asking that Canada move from a "just-in-time" delivery system as it applies to public health crises to a "be-prepared" system. We need a

*Journal of the American Medical Association* concernant les suites de l'épidémie du SRAS, et portant sur 144 patients, dont huit sont décédés. Cette étude a conclu que le diabète et d'autres maladies comorbides pouvaient être associées de façon indépendante à un piètre état de santé. Autrement dit, le SRAS ne touchait habituellement pas les individus sains; ce sont les personnes déjà malades qui en ressentaient les effets les plus néfastes.

Dans une société comme le Canada, où 85 p. 100 de la population est exposée à un ou plusieurs facteurs de risque majeurs, il nous faut absolument tenir compte des maladies chroniques. Notre coalition tient actuellement un sondage Internet; nous nous empresserons d'en communiquer les résultats au comité pour éclairer ses délibérations.

La restructuration de notre régime de santé publique exige que nous investissions dans nos gens, dans nos systèmes et dans notre pays. Cet investissement contribuera à assurer la viabilité à long terme de notre système de soins de santé. En outre, cela devrait permettre d'inciter les patients éventuels à ne pas recourir à outrance aux soins de santé, comme c'est le cas actuellement au Canada.

Le Canada n'est pas le seul pays où l'on examine les questions liées à la santé publique. En 1998, aux États-Unis, l'Institute of Medicine a réalisé une étude sur l'avenir de la santé publique qui cherchait à déterminer les mesures à prendre collectivement pour garantir des conditions de vie saines à nos citoyens. Cette année, l'institut a mené une autre étude portant sur l'avenir de la santé de la population au XXI<sup>e</sup> siècle. Vous pouvez noter le changement d'orientation: on ne parle plus de l'avenir du concept de santé publique, mais bien de l'avenir de la santé de la population au XXI<sup>e</sup> siècle.

Les chercheurs américains s'inspiraient d'un grand objectif: des gens en santé dans des collectivités saines. Ils ont fait valoir que les agences gouvernementales ne pouvaient agir seules. Cette démarche exige la collaboration de tous: systèmes de santé publique, organismes de santé gouvernementaux, systèmes de prestation de soins de santé, milieux universitaires, collectivités, écoles, entreprises et médias.

À la lumière d'une crise nationale alimentée par la phobie de l'anthrax, les chercheurs américains ont fait différentes constatations. Je vous invite à établir la comparaison avec les observations que nous avons formulées au sujet de nos propres systèmes. Ainsi, les Américains ont constaté que les technologies et les systèmes d'information sur la santé étaient vulnérables et désuets; que les travailleurs en santé publique étaient en nombre insuffisant et manquaient de formation; que les réseaux de communication étaient inefficaces et fragmentés; que les mesures de protection civile et d'intervention en cas d'urgence nationale n'étaient pas suffisantes; et que les collectivités n'avaient pas accès à certains services essentiels en matière de santé publique. Les conclusions tirées par l'Institute of Medicine des États-Unis peuvent très bien s'appliquer à la situation du système de santé publique du Canada.

Pour ce qui est des investissements, nous souhaiterions que le Canada passe d'un système fondé sur la réaction, comme dans le cas des urgences sanitaires, à un régime basé sur la prévention.



seamless pan-Canadian system, one that starts with the foundation of public health and flows through primary care into health care; one that is adequately resourced, with delineated roles and responsibility, and specific lines of authority in emergencies in this country.

The short-term priorities we have isolated are: the ability and the requirement to build local public health capacity; a \$1 billion investment to improve the capacity that we have; a national public health agency that will build on existing expertise in this country, which is arm's length from government and reports to Parliament through a medical officer of health; and a chief public health officer who, in an emergency and at all other times, becomes the hub of public health activity for this country.

In terms of mid-term priorities, we hope to double the funding base for the Canadian public health system over the next five years to expand the public health agency concept with the broad responsibilities and independence that is required. We have centres of expertise right across this country. We need to be able to link these centres in a very coordinated fashion, to ensure they are all working toward the same goal.

We need to strengthen our public health human resources. We need to be able to provide on-the-job training for current public health professionals to deal with new and emerging issues, and to find a way to make public health resourcing a career in this country — a career that attracts health professionals.

Dr. Law has already mentioned the national information system, our surveillance system. The Auditor General of Canada has reported to Parliament over the last three years of the necessity for improving surveillance in this country. I think we saw recently, in our epidemic of SARS, that our communications system does need some work.

In the longer term, this will require a consolidation of federal legislation and a potential review and consolidation of all public health legislation across the country, supported by new funding mechanisms to support these types of accountability.

Where are we left? We are saying that we are in a paradigm shift — a new way of thinking about health for the public of Canada. Public health is a public good because many aspects of human potential — be they employment, social relationships, public participation — depend on health. In this respect, our mandate to create conditions for people to be healthy is a shared social good in our country.

There is some question as to whether or not the public understands what public health is. In April 2003, the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada did a Decima poll of 2,001 Canadians. I am pleased to report that the majority of

Nous avons besoin d'un système de santé pancanadien sans failles. Il doit prendre appui sur le régime de santé publique pour permettre la prestation de tous les soins de santé, en commençant par les soins primaires. Il faut qu'il soit doté des ressources suffisantes, de rôles et de responsabilités bien définis, et d'une structure de coordination pour les situations d'urgence.

Nous avons ciblé les priorités suivantes pour le court terme: la nécessité de se donner des compétences locales en matière de santé publique; un investissement d'un milliard de dollars afin d'améliorer les structures en place; un organisme national responsable de la santé publique qui mettra à contribution l'expertise dont dispose notre pays, qui sera indépendant du gouvernement et qui rendra des comptes au Parlement par l'entremise d'un médecin en chef; et la création d'un poste de responsable de la santé publique qui, dans les situations d'urgence, notamment, coordonnera les interventions à l'échelle nationale.

Quant aux priorités à moyen terme, nous espérons pouvoir doubler la base de financement du système canadien de santé publique au cours des cinq prochaines années afin de bien établir le concept d'un organisme national avec toutes les responsabilités et l'indépendance que cela exige. Nous avons des centres d'expertise dans toutes les régions du pays. Nous devons parvenir à assurer une excellente coordination entre ces centres, de sorte que tous travaillent à l'atteinte d'un objectif commun.

Il nous faut améliorer la qualité de nos effectifs en santé publique. Pour ce faire, nous devons offrir aux professionnels déjà en poste une formation sur les problèmes émergents, et trouver une façon de faire du resserment en santé publique une carrière au Canada — une carrière qui intéresse les professionnels de la santé.

La Dre Law a déjà mentionné le système national d'information, notre système de surveillance. Dans ses rapports au Parlement des trois dernières années, la vérificatrice générale du Canada a fait état de la nécessité d'améliorer la surveillance des maladies dans notre pays. Je crois que nous avons pu constater récemment, lors de l'épidémie de SRAS, que notre système de communication était quelque peu déficient.

À long terme, cela exigera l'intégration des lois fédérales et peut-être aussi l'examen et le regroupement de toutes les lois en vigueur dans notre pays en matière de santé publique, avec le soutien de nouveaux mécanismes de financement pour s'acquitter des responsabilités afférentes.

Où en sommes-nous? Nous estimons être en plein changement de paradigme — une nouvelle façon de concevoir la santé pour les citoyens du Canada. La santé publique est un bien collectif, parce que de nombreux aspects du potentiel humain — que ce soit l'emploi, les relations sociales, la participation communautaire — dépendent de la santé. À cet égard, notre mandat de créer des conditions propices à la santé s'inscrit dans l'intérêt commun de notre société.

On peut se demander dans quelle mesure les gens comprennent ce qu'est la santé publique. En avril 2003, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada a fait réaliser un sondage Decima auprès de 2 001 Canadiens. Je suis heureuse de



Canadians — between 89 and 93 per cent — either strongly agree or somewhat agree that public health is about sewage and sanitation, promoting healthy lifestyles, protecting the quality of our water and protecting against infectious disease. The public seems to understand the broad scope and mandate of public health.

In July 2003, in the midst of what we were going through with SARS, West Nile, et cetera, Decima did another poll on the confidence of the public in steps being taken to control these threats. They said the lack of public concern may be due in part to widespread belief that the necessary efforts are being made to address these hazards. Seventy-four per cent of Canadians feel that public health authorities are currently doing everything they can to protect Canadians from these types of public health risks.

Public health to the public is rather like air conditioning. When it is working, everything is fine; when it breaks and the heat rises in a room, we all know what we are missing with our air conditioning. We have a job to do with helping the public understand that, yes, these are the components of public health, but also helping them understand that they should be as concerned about our public health system infrastructure as they have been about our health care system. It is only by getting the public mobilized, and putting these two pieces together, that we can ensure the health of Canadians in this country.

We appreciate the opportunity to speak to the committee, Mr. Chairman. We would like you to know that this coalition is prepared to carry out any work that the committee would find helpful in your deliberations. We are certainly looking forward to this committee's future deliberations on the broader aspects of public health.

**Senator LeBreton:** Listening to that presentation, we have a tall order in front of us here. It is mildly depressing to think of the work that needs to be done to bring the assistance into place.

You specifically talk about consolidating all levels of government and working on this, but you say we have to change from a "just-in-time" delivery system to a "be-prepared" system. Is there any sense that this shift is starting to take place, or are we basically starting at ground zero in making this transformation? Is there any work being done anywhere on this?

**Dr. Wilson:** The SARS experience made public health recognize that the capacity to surge was not there. If you lack capacity overall, you lack capacity to surge. During that time, public health officials tell us that everyone was diverted from the myriad of other activities into looking at the implications of SARS — and rightly so. We need to be able to have that capacity, but infectious disease does not happen every day of the week. Many public health units are starting to look at just this very

pouvoir vous dire que la majorité de nos concitoyens — soit entre 89 et 93 p. 100 — étaient tout à fait ou plutôt d'accord pour dire que les égouts et l'assainissement, la promotion de modes de vie sains, la protection de la qualité de l'eau et la protection contre les maladies infectieuses étaient toutes des questions de santé publique. Les Canadiens semblent bien saisir toute l'ampleur de notre mandat en la matière.

En juillet 2003, au plus fort de la lutte contre le SRAS et le virus du Nil occidental notamment, Decima a effectué un nouveau sondage sur la confiance du public à l'égard des mesures prises pour enrayer ces menaces. Selon la firme de sondage, le peu d'inquiétude qu'exprimaient les gens pouvait être attribuable au fait que l'on croyait généralement que les efforts nécessaires avaient été déployés pour contrer ces dangers. Pas moins de 74 p. 100 des Canadiens sont d'avis que les responsables de la santé publique mettent tout en oeuvre pour protéger les Canadiens contre ces risques.

La santé publique, c'est un peu comme l'air climatisé. Lorsque tout fonctionne bien, nous ne nous rendons compte de rien; lorsqu'il y a des ratés et que la chaleur augmente, nous voyons tous à quel point l'air climatisé est important. Nous avons un rôle à jouer: nous devons aider les citoyens à comprendre non seulement que toutes ces composantes relèvent de la santé publique, mais aussi qu'ils devraient s'inquiéter de l'infrastructure de notre système de santé publique comme ils l'ont fait pour notre système de soins de santé. C'est seulement en mobilisant le public de la sorte, et en combinant ces pôles d'intervention, que nous pourrions véritablement préserver la santé des Canadiens.

Nous nous réjouissons d'avoir eu l'occasion de témoigner devant ce comité, monsieur le président. Nous tenons à vous préciser que notre coalition est prête à s'acquitter de tout mandat que votre comité jugera bon de lui confier. Nous attachons beaucoup d'importance aux délibérations futures de votre comité concernant les aspects plus généraux de la santé publique.

**Le sénateur LeBreton:** Votre présentation nous rappelle que nous avons du pain sur la planche. Il est un peu décourageant de voir tout le travail à faire pour mettre en place les mesures nécessaires.

Vous parlez d'un effort commun de tous les ordres de gouvernement dans ce dossier; vous dites également que nous devons passer d'un mode d'exécution fondé sur la réaction à un régime basé sur la prévention. Ce processus est-il déjà en branle ou devons-nous opérer la transformation à partir du début? Quelqu'un, quelque part, travaille-t-il déjà en ce sens?

**Mme Wilson:** À la lumière de l'expérience du SRAS, les responsables de la santé publique se sont rendu compte que nous n'avions pas la capacité de réagir dans les situations d'urgence, ce qui est tout à fait normal pour un système qui n'arrive pas à répondre aux demandes courantes. Les autorités sanitaires nous ont dit que tout le monde s'était désintéressé d'un large éventail d'autres activités durant cette période pour examiner les répercussions du SRAS — ce qui est tout à fait justifié. Nous



issue, but it is my understanding that no formal work is being done in that. I do not know if Dr. Law knows of anything in that regard. It is a concern, but nothing formal.

**Dr. Law:** In a sense, all of public health is about being prepared. It is not that people are not thinking about avoiding problems, for instance. I do not want to give the impression that someone suddenly wakes up one day and says, "We have imported a communicable disease," or "the water is not safe there," or something like that. Obviously, people think about those potential problems all the time. That is what public health is about. However, the resources to do it properly and the resources to respond to emergencies have been lacking. It is not so much that the whole system needs to think differently; it is a matter of building on what is there, getting it adequately funded and, especially, getting it properly coordinated so we know who is taking responsibility for what and that all the pieces are fitting together.

**Senator LeBreton:** With the SARS outbreak and as the whole system shifted to focus on this new disease and away from other areas — and we have had other witnesses say that other areas severely suffered because the whole focus there — many other things got dropped off the table.

Now that the SARS outbreak has been controlled, has the rest of the system recovered from the shift to the focus on SARS? Alternatively, are they still trying to catch up in areas that suffered because the attention of everyone was focused on SARS?

**Dr. Wilson:** I can offer an anecdotal response to your question. I was speaking at a meeting of Ontario public health nurses last week in Toronto, and they were certainly indicating that the system is taking some time to recover and regroup. As Dr. Law has said, as well as regrouping and getting back to business as usual, they are now heavily involved in trying to understand the types of resources that will be required so that they are ready for the next piece that comes.

The shock to our system has been that it can happen here. We have been very fortunate in Canada for many years, thinking that these things occur somewhere else, and it has been quite a shock to our system overall. It is not, "if it is going to happen," but it is "when will it occur the next time." Again, fundamental public health is all about trying ensure right now that it does not occur.

For example, the World Health Organization is putting out a plea to ensure that people get their flu vaccine because if SARS arises again during the winter flu months, it is important to be able to distinguish between what is flu and what is not flu at that time. That is a message that has not necessarily gotten out well to the Canadian public. We are still under-immunized against flu every year, as we can see by the elderly in our emergency departments.

devons avoir les moyens de réagir, mais les maladies infectieuses ne sont pas si courantes. De nombreux services de santé publique commencent à se pencher sur cette question, mais rien de concret ne semble ressortir de leurs efforts. Je ne sais pas si la Dre Law peut vous en dire davantage. C'est une source de préoccupations, mais rien n'a encore été fait officiellement.

**La Dre Law:** En un sens, toutes les activités de santé publique reposent sur la prévention. Ce n'est pas comme si personne ne réfléchissait au moyen d'éviter les problèmes. Je ne veux pas que les gens croient qu'un beau matin, quelqu'un se réveille et déclare: «Une maladie contagieuse est entrée au pays», ou «L'eau n'est pas potable à cet endroit» ou quelque chose du genre. Il y a bien sûr des gens qui s'intéressent aux problèmes potentiels en tout temps. C'est l'essence même du système de santé publique. Nous ne disposons toutefois pas des ressources suffisantes pour mener à bien ces efforts de prévention et pour réagir efficacement dans les situations d'urgence. Ce n'est pas tant que la perspective d'ensemble du système doive être révisée; c'est plutôt qu'il faut s'appuyer sur les bases déjà en place, y injecter les fonds nécessaires et, surtout, assurer une coordination adéquate de manière à savoir qui est responsable de quoi et à faire en sorte que tous les éléments s'articulent bien.

**Le sénateur LeBreton:** Dans le contexte de la crise du SRAS, et de l'attention que tout le système a porté à cette maladie au détriment des autres secteurs — et des témoins nous ont dit que d'autres secteurs avaient beaucoup souffert de ce désintéressement —, bien d'autres dossiers ont été mis de côté.

Maintenant que le SRAS est sous contrôle, le reste du système s'est-il remis de ce redéploiement des efforts? Autrement dit, y a-t-il encore des secteurs qui travaillent à rattraper le temps perdu?

**Mme Wilson:** Pas plus tard que la semaine dernière, je prenais la parole à une réunion des infirmières en santé publique de l'Ontario à Toronto. Je peux vous dire qu'il faudra, selon elles, encore un certain temps pour que le système ait entièrement récupéré. Comme l'a indiqué la Dre Law, en plus d'avoir à se ressaisir et à reprendre leurs activités normales, les responsables doivent multiplier les efforts pour déterminer les ressources requises pour réagir aux prochaines crises.

Pour notre système, la leçon à retenir est que ce genre de crise peut se produire aussi chez nous. Pendant plusieurs années, le Canada a été très privilégié à ce chapitre, ce qui nous a amenés à penser que ces choses n'arrivent qu'ailleurs, d'où la magnitude du choc ressenti dans l'ensemble du système. On ne dit plus: «Si jamais cela arrive», mais bien «À quand la prochaine fois?» Je le répète, les activités de santé publique visent, à la base, à faire en sorte qu'il n'y ait pas de crise.

Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé mène une campagne en faveur de la vaccination antigrippale afin que l'on puisse faire la distinction entre les cas de grippe et les autres, advenant une résurgence du SRAS dans le courant de l'hiver. Ce message n'est pas nécessairement bien passé auprès de la population canadienne. Notre taux de vaccination contre la grippe demeure trop bas année après année, comme en témoigne le nombre de personnes âgées admises aux urgences.

**Senator Morin:** I knew Dr. Wilson in another life and she has been extremely active at the Heart and Stroke Foundation. She also did some excellent work in South America.

You have quoted from a document from the Institute of Medicine in the U.S., and I think we will try to get it. It is from 1998; is that correct?

**Dr. Wilson:** The first report was in 1988. The second report came out in April 2003.

**Senator Morin:** If we could have these references, that would be helpful. Could we also have the list of the organizations that are part of your coalition? I know you mentioned them, but we do not have them in the documents.

**Dr. Wilson:** Certainly.

**Senator Morin:** Do I understand that all the organizations in the coalition agree with the creation of a national public health agency? "Consensus" means they all support the creation of such an entity?

**Dr. Wilson:** Yes.

**Senator Morin:** In other words, there is widespread support for this agency, if all the organizations agree. Do have you any provincial organizations within your coalition? You have no governments in your coalition.

**Dr. Wilson:** The Chronic Disease Prevention Alliance of Canada is essentially a coalition of coalitions. In every province, there is a Chronic Disease Prevention Alliance, and in many of those, people who work with provincial governments and public health sit around those tables, but not formally as in "this government has joined this coalition."

The Canadian Public Health Association, of course, has public health associations in 10 provinces and one territory, and, often, many of the people who form provincial organizations are employees of governments in that they are medical officers of health, public health nurses, et cetera. However, the representation is not formal as in "the Government of Saskatchewan has joined the coalition."

**Senator Morin:** Senator Roche raised this point yesterday and he may want to elaborate. There is, as you realize, tension between the provinces and the federal government on all health issues. It would have been extremely interesting to hear that some provincial governments, through the coalition, have agreed on the creation of this agency. However, you are not prepared to say that?

**Dr. Wilson:** No, I am not, sir. That would have been too simple.

**Le sénateur Morin:** J'ai connu Mme Wilson dans une vie antérieure; elle était extrêmement active au sein de la Fondation des maladies du coeur. Elle a également fait de l'excellent travail en Amérique du Sud.

Vous avez cité un document de l'Institute of Medicine des États-Unis; je crois que nous allons essayer de nous le procurer. Il remonte à 1998, n'est-ce pas?

**Mme Wilson:** Le premier rapport date de 1988. Le second rapport a été rendu public en 2003.

**Le sénateur Morin:** Si vous pouviez nous fournir ces références, cela nous faciliterait la tâche. Pouvez-vous aussi nous donner la liste des organisations faisant partie de votre coalition? Je sais que vous en avez parlé tout à l'heure, mais elle ne figure pas dans les documents.

**Mme Wilson:** Sans problème.

**Le sénateur Morin:** Dois-je comprendre que toutes les organisations membres de votre coalition préconisent la création d'un organisme national de santé publique? Par consensus, entendez-vous que toutes les organisations sont favorables à la création d'une telle entité?

**Mme Wilson:** Tout à fait.

**Le sénateur Morin:** Autrement dit, cet organisme recueille la faveur générale. Votre coalition compte-t-elle des organisations provinciales? Je note qu'aucun gouvernement n'y est représenté.

**Mme Wilson:** L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada est, pour ainsi dire, une coalition de coalitions. Il y a une alliance pour la prévention des maladies chroniques dans chaque province et ces alliances réunissent, dans bien des cas, des représentants gouvernementaux et des responsables de la santé publique, sans que cette participation gouvernementale ne soit officialisée.

Pour sa part, l'Association canadienne de santé publique a des divisions dans dix provinces et un territoire. Ces associations provinciales sont souvent formées en grande partie d'employés du gouvernement, à titre de médecins-conseils et d'infirmières en santé publique notamment. Cette représentation n'a toutefois pas de caractère officiel; pas question par exemple d'annoncer que «le gouvernement de la Saskatchewan a rejoint la coalition».

**Le sénateur Morin:** Le sénateur Roche a abordé ce point hier et peut-être voudra-t-il pousser la question plus à fond. Il y a, vous en êtes conscients, des tensions entre le gouvernement fédéral et les provinces pour toutes les questions relatives à la santé. Il aurait été extrêmement réconfortant d'apprendre que certains gouvernements provinciaux ont approuvé, par l'entremise de la coalition, la création de cet organisme national. Vous ne pouvez cependant pas nous faire une telle annonce, n'est-ce pas?

**Mme Wilson:** Non, je ne peux pas. Ce serait trop simple.



**Senator Morin:** I would like to come back to the \$1 billion. Resources are extremely important in this field. Many of the problems we face are a result of lack of resources. I think the figure is \$110 billion for the health care and \$2.5 billion is for public health. This figure has been stable.

How did you get to the \$1 billion figure? This is important. If we want to help you get more resources, we cannot just pick a number out of the air and say, "\$1 billion" and have everyone bow to our statement and give us a cheque for \$1 billion. We must justify that and have evidence.

In our report, we recommended \$200 million a year, and that was based on a figure given to us by Health Canada. We have a breakdown of it — so much on this and so much on that.

You are coming up with \$1 billion. Do you have a breakdown on how you justify this \$1 billion?

**Dr. Wilson:** You are quite right. It is extremely important to ensure the figures are accurate. We have not done an economic analysis with experts in looking at this. The Canadian Public Health Association is currently looking at some of these issues in terms of alternative financing.

However, we did some calculations around the Government of Ontario and what was being spent in terms of looking at public health in Ontario in the budgets. It is around \$34 per person. We took the figure of \$34 per person and extrapolated what would seem to be a reasonable figure. We agree that more work needs to be done on this.

**Senator Morin:** Is Ontario now spending \$34 per person?

**Dr. Wilson:** Yes. That was the figure for 2001.

**Senator Morin:** Are you saying that that is the acceptable level?

**Dr. Wilson:** We are saying that it needs to be increased. We use that to get our \$1 billion figure.

**Senator Morin:** It should be increased by how much?

**Dr. Wilson:** To a total of \$1 billion.

**Senator Morin:** Why is it not \$2 billion? Yesterday, we posed the same question to the Canadian Public Health Association, CPHA, and the response was: "We put in \$1 billion to impress you." Well, I was impressed but that was the only reason we were given and the answer to this is actually extremely important.

**Dr. Wilson:** Absolutely, it is important.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais revenir à l'investissement d'un milliard de dollars. La question des ressources revêt une importance cruciale dans ce secteur. Bon nombre des problèmes auxquels nous sommes confrontés découlent d'un manque de ressources. Je crois qu'on parle de 110 milliards de dollars pour les soins de santé et de 2,5 milliards de dollars pour la santé publique. Ces chiffres n'ont d'ailleurs pas changé depuis un certain temps.

Comment en êtes-vous arrivé au montant de un milliard de dollars? C'est une question importante. Si vous voulez que nous vous aidions à obtenir davantage de ressources, il ne suffit pas que vous choisissiez un montant au hasard, disons 1 milliard de dollars, et que tout le monde se plie à votre demande et vous remette un chèque pour cette somme. Il nous faut justifier de telles demandes par des éléments concrets.

Dans notre rapport, nous avons recommandé des investissements de 200 millions de dollars par année en nous fondant sur les données de Santé Canada. Et nous avons réparti cette somme entre les différents secteurs.

Vous nous parlez d'un milliard de dollars. Pouvez-vous nous dire comment ces fonds seraient distribués pour que nous puissions en justifier l'utilisation?

**Mme Wilson:** Vous avez tout à fait raison. Il faut absolument s'assurer que les montants demandés sont corrects. Nous ne nous appuyons pas sur une analyse économique d'experts. L'Association canadienne de santé publique se penche actuellement sur quelques-unes de ces questions afin d'explorer d'autres possibilités de financement.

Toutefois, nous avons fait certains calculs en utilisant les budgets consacrés à la santé publique par le gouvernement de l'Ontario. Le chiffre se situe aux environs de 34 \$ par habitant. Nous avons pris le chiffre de 34 \$ par habitant et avons extrapolé pour obtenir ce qui nous semblait être un chiffre raisonnable. Nous sommes d'accord que cette question doit être travaillée davantage.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que l'Ontario dépense actuellement 34 \$ par habitant?

**Mme Wilson:** Oui. C'était le chiffre pour 2001.

**Le sénateur Morin:** Estimez-vous que c'est un chiffre acceptable?

**Mme Wilson:** Nous estimons qu'il faut augmenter ce chiffre. Nous avons utilisé cette donnée pour arriver à notre chiffre de 1 milliard de dollars.

**Le sénateur Morin:** Il faudrait l'augmenter de combien?

**Mme Wilson:** Pour obtenir un total de 1 milliard de dollars.

**Le sénateur Morin:** Pourquoi pas 2 milliards de dollars? Hier, nous avons posé la même question à l'Association canadienne de santé publique, l'ACSP, et la réponse que nous avons obtenue c'était: «Nous avons mis le chiffre de 1 milliard de dollars pour vous impressionner». Eh bien, j'ai été impressionné, mais c'est la seule raison qu'on nous a donnée; pourtant, la réponse à cette question est d'une importance capitale.

**Mme Wilson:** Absolument, c'est important.

**Senator Morin:** We cannot help you increase your resources unless you give us the arguments. The rest of it is easy to figure out in respect of the agency, the director, et cetera, but when we are talking about the dollars and cents, those at the receiving end of the request need a clear argument in support of our suggestion. We have heard many presentations by many people of many different principles. However, no one has helped us with the extremely important information on the exact resources required at the national and provincial levels and, if there is a need at the provincial level, whether it should come from the federal funds that will trickle down to the provinces with accountability — as you mentioned in your last bullet point — which is excellent. All these things are extremely important because the rest are simply words. The bottom line here is the dollar figure.

**Dr. Law:** Please permit me to point out again that the coalition has only been in existence for a few months; we have no secretariat to speak of. We have one person who does some part-time work on that from the Canadian Public Health Association.

The coalition has not, therefore, been preparing an economic analysis of the needs. Rather, it has been operating on what its member organizations are suggesting would be reasonable. The truth is that we do not know whether it should be \$700 million or \$1.2 billion. We do not think it is \$100 million but it is somewhere up there — in the neighbourhood of \$1 billion. Much more work would need to be done to figure out exactly how much and how it should be spent.

One of the difficulties we have in looking at this question of the amount that is needed is that it is difficult to get a handle on how much is currently being spent and how to categorize the expenditures. The federal, provincial and municipal funding is fragmented. Gathering the data is a big job to determine what is currently happening. In respect of the National Health Agency, we can look at what is spent, for example, by the CDC on a per capita basis and decide that perhaps we need something similar, which would be in the order of \$1 billion. However, we would then have to take into account the existing pieces and how much would be incremental. There are many big questions that would need to be addressed.

One reason that public health people are not clear about how much more they need is that no one has ever given them any prospect of having anything but budget cuts for so many years. The concept of figuring out how much they actually need to do the job properly is far from their minds. Now, because people are talking about public health, finally, they are starting to come to life and think seriously about how much they would truly need. It is clearly a great deal more money than they have now but exactly how much, I think no one is in a position to say for certain.

**Le sénateur Morin:** Nous ne pouvons pas vous aider à accroître vos ressources si vous ne nous donnez pas d'arguments pour le faire. Le reste est assez facile à régler, l'organisme, le directeur, et cetera, mais lorsque nous parlons d'argent, ceux qui reçoivent la demande ont besoin d'une raison très claire pour donner suite à votre suggestion. Nous avons entendu de nombreux exposés donnés par de nombreuses personnes et fondés sur de nombreux principes différents. Toutefois, personne ne nous a aidés pour ce qui est de cette information extrêmement importante concernant les ressources exactes qui sont nécessaires au niveau national et provincial et, s'il y a un besoin au niveau provincial, si l'argent doit provenir du fonds fédéral qui va ruisseler sur les provinces, avec reddition des comptes, — comme vous l'avez mentionné dans votre dernier point — qui est excellent. Toutes ces choses sont extrêmement importantes parce que le reste n'est que paroles. Ce qui compte vraiment ici, c'est le montant d'argent.

**La Dre Law:** S'il vous plaît, laissez-moi vous rappeler encore une fois que la coalition n'existe que depuis quelques mois; nous n'avons pas de secrétariat à proprement parler. Nous avons une personne qui fait un peu de travail à temps partiel sur cette question et qui vient de l'Association canadienne de santé publique.

Par conséquent, la coalition n'a pas préparé d'analyse économique des besoins. Elle fonctionne plutôt sur ce que les organismes membres lui ont suggéré comme étant raisonnable. La vérité, c'est que nous ne savons pas si c'est 700 millions de dollars ou 1,2 milliard de dollars. Nous ne pensons pas que ce soit 100 millions de dollars, mais c'est quelque chose de plus élevé qui se situe autour de 1 milliard de dollars. Il faudra beaucoup plus de travail pour déterminer exactement combien cela coûtera et comment cet argent devra être dépensé.

Une des difficultés que nous avons lorsque nous examinons la question de la somme d'argent nécessaire, c'est que nous avons de la difficulté à savoir combien d'argent il se dépense à l'heure actuelle et comment catégoriser ces dépenses. Le financement fédéral, provincial et municipal est fragmenté. Rassembler les données pour déterminer la situation actuelle est un travail colossal. En ce qui concerne le National Health Agency, nous pouvons, par exemple, examiner ce qui est dépensé par le CDC par habitant et décider que peut-être nous avons besoin de quelque chose de semblable, ce qui serait de l'ordre de 1 milliard de dollars. Toutefois, il nous faudrait alors tenir compte des éléments existants et déterminer à combien s'élève l'augmentation. Il y a plusieurs grandes questions qui devront trouver une réponse.

Une des raisons pour lesquelles les gens qui travaillent en santé publique ne sont pas clairs lorsqu'on leur demande combien d'argent de plus ils auraient besoin, c'est que depuis des années, on ne leur a jamais laissé entrevoir autre chose que des réductions budgétaires. L'idée de calculer combien ils auraient vraiment besoin pour faire le travail de manière appropriée ne leur vient même pas à l'esprit. Maintenant que l'on commence finalement à parler de santé publique, ils commencent à reprendre vie et à réfléchir sérieusement à cette question. Il est clair que c'est



**Senator Morin:** You realize that someone has to do that work.

**Dr. Law:** That is right and some organizations are beginning that work. CPHA has been trying and the Canadian Medical Association, CMA, has been doing some work on this as well. I know they will be talking to you about that.

There are funding constraints for all these professional and voluntary organizations to do the kind of work that would be needed to determine a good answer to your question. However, I do not argue your point that it does need to be done.

**Senator Morin:** Last year we had, from Health Canada, a good breakdown of what they are now spending in that area. At that time, they said they needed an extra annual injection of \$200 million. That was their figure two years ago.

**Dr. Law:** That is a starting point.

**Senator Morin:** Health Canada knows how much they are spending.

**Senator Trenholme Counsell:** I want to ask you further about the formation of the coalition because it is so new.

**Dr. Wilson:** Yes, it was formed last May.

**Senator Trenholme Counsell:** It was not formed in reaction to SARS?

**Dr. Wilson:** No.

**Senator Trenholme Counsell:** What led you to form the coalition? What was the impetus for that?

**Dr. Wilson:** Like all things, there comes a synergy of circumstances. The coalition I represent is the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, which was formed by the Heart and Stroke Foundation, the Cancer Society and the Canadian Diabetes Association and the three national coalitions, the Canadian Council on Tobacco Control, the Network for Active Living and the Canadian Dieticians Association, to look at our three common risk factors which are physical inactivity, tobacco use and healthy diet.

As we began our deliberations about how to get the public not only to hear these messages but also to take action, we realized that much of this needed to go through public health. The Heart and Stroke Foundation had had some experience with the Canadian Heart Health Initiative, whose goal was to integrate heart health messages through public health. However, there was not enough capacity in public health to take up that activity. We stopped at that point and realized that we needed the Canadian Public Health Association and the Canadian Federation of Municipalities with us so we brought those two groups on board. Then, as we began to look at the minister's healthy living agenda, we decided that this was about the public health system

beaucoup plus que ce qu'ils ont à l'heure actuelle, mais combien exactement, je pense que personne n'est encore en mesure de le dire avec certitude.

**Le sénateur Morin:** Vous comprenez que quelqu'un devra faire ce travail.

**La Dre Law:** C'est exact et certains organismes ont commencé ce travail. Alors, l'ACSP essaie de le faire et l'Association médicale canadienne, AMC, a également fait du travail sur cette question. Et je sais qu'elles vont vous en parler.

Toutes ces associations professionnelles et bénévoles doivent faire face à des contraintes financières lorsqu'il s'agit de faire le genre de travail qui serait nécessaire pour trouver la réponse exacte à votre question. Toutefois, je suis d'accord avec vous pour dire que c'est quelque chose qui doit être fait.

**Le sénateur Morin:** L'an dernier, nous avons reçu de Santé Canada une bonne ventilation de ses dépenses actuelles dans ce domaine. On nous avait alors dit avoir besoin d'une injection additionnelle de 200 millions de dollars par année. Ce chiffre était valable il y a deux ans.

**La Dre Law:** C'est un début.

**Le sénateur Morin:** Santé Canada sait combien il dépense.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Je veux vous poser d'autres questions sur la création de la coalition parce qu'elle est si jeune.

**Mme Wilson:** Oui, elle a été créée en mai dernier.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Elle n'a pas été créée en réaction à l'épidémie de SRAS?

**Mme Wilson:** Non.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Qu'est-ce qui vous a amenés à créer la coalition? Quelle a été la motivation?

**Mme Wilson:** C'est comme toute chose, il s'agit d'un concours de circonstance. La coalition que je représente, c'est l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, qui a été formée par la Fondation des maladies du cœur du Canada, la Société canadienne du cancer et l'Association canadienne du diabète et les trois coalitions nationales que sont le Conseil canadien pour le contrôle du tabac, le Réseau pour une vie active et l'Association canadienne des diététistes, pour analyser nos trois facteurs de risque communs qui sont l'inactivité physique, l'usage du tabac et un régime alimentaire déséquilibré.

Lorsque nous avons commencé nos discussions sur la manière d'amener le public non seulement à écouter ces messages, mais également à prendre des mesures concrètes, nous avons pris conscience du fait qu'une bonne part de ce travail devait se faire par l'intermédiaire de la santé publique. La Fondation des maladies du cœur du Canada avait eu une certaine expérience avec l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire, dont le but était d'intégrer les messages relatifs à la santé cardio-vasculaire dans le domaine de la santé publique. Toutefois, il n'y avait pas suffisamment de capacité en santé publique pour prendre cette activité en charge. Nous nous sommes alors arrêtés un instant et avons constaté que nous avions besoin de l'Association

infrastructure and capacity so, in a way, disease-based organizations backed themselves to the fundamental place that health occurs — in the communities, and the foundation for that is public health.

At the same time, the Canadian Medical Association had had much foresight in opening their Office of Public Health and they were already looking at issues around public health. The Canadian Nurses' Association were already involved because of their work in public health. There seemed to be many organizations realizing, at the same time, that to get the most effective job done for the health of Canadians, public health seemed to be coming up as the key foundational piece. It was as simple or as complicated as that.

**Senator Trenholme Counsell:** It seems like a vast undertaking. At yesterday's committee meeting, I asked about all of these wonderful, numerous, and seemingly overlapping, non-profit groups and associations. I understand then that Diabetes Association, the Heart and Stroke Foundation and the Lung Association are linked to you formally?

**Dr. Wilson:** Yes, they are formally linked.

**Senator Trenholme Counsell:** Are they members of your coalition, if you will?

**Dr. Wilson:** Yes, they are.

**Senator Trenholme Counsell:** How many people are working in the coalition?

**Dr. Wilson:** In the Coalition for Public Health in the 21st Century, there are six national groupings, however, all of them have many other organizations as part of them. The Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, as one member of the coalition, represents 25 other national organizations and 150 individuals and coalitions in every province of the country. It is quite massive.

**Senator Trenholme Counsell:** Do you see this ceasing to function if we had a national public health agency? Would all the things that you are doing become part of such an agency?

**Dr. Wilson:** To say, "part of such an agency," would be too extreme. Not-for-profit agencies that are concerned about health issues will not go away if we have a public health agency.

**Senator Trenholme Counsell:** Someone needs to embrace and coordinate them. It seems to me that you are doing just that. If there were a national public health agency, it would want to certainly pay a great deal of attention to and be inclusive of all these groups because they are doing important work.

canadienne de santé publique et de la Fédération canadienne des municipalités, alors nous les avons convaincues de se joindre à nous. Ensuite, lorsque nous avons commencé à examiner le programme du ministre sur le mode de vie sain, nous avons décidé que cela concernait l'infrastructure et la capacité du système de santé publique, alors, d'une certaine façon, les organismes oeuvrant dans le domaine de la maladie se sont tournés vers le lieu où se joue fondamentalement la question de la santé — dans les collectivités, et le fondement pour cela, c'est la santé publique.

Au même moment, l'Association médicale canadienne faisait preuve de beaucoup de perspicacité en se dotant d'un Bureau de la santé publique et, déjà, cet organisme étudiait des questions liées à la santé publique. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada était déjà active dans ce domaine étant donné son travail en santé publique. Il semble que de nombreux organismes ont pris conscience, en même temps, que pour faire le travail le plus efficace possible pour la santé des Canadiens, la santé publique semblait devenir l'élément fondateur clé. C'est aussi simple et aussi compliqué que cela.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Cela semble une entreprise gigantesque. À la réunion du comité d'hier, j'ai posé des questions sur toutes ces associations merveilleuses, nombreuses, en apparence chevauchante et sans but lucratif. Je crois savoir alors que l'Association du diabète, la Fondation des maladies du coeur et l'Association pulmonaire ont des liens formels avec vous?

**Mme Wilson:** Oui, elles ont des liens formels.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Sont-elles membres de votre coalition, si vous voulez?

**Mme Wilson:** Oui, elles en font partie.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Combien y a-t-il de personnes qui travaillent dans la coalition?

**Mme Wilson:** Dans la Coalition pour la santé publique du XXI<sup>e</sup> siècle, il y a six regroupements nationaux; toutefois, chacun d'entre eux compte de nombreux organismes membres. L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, qui est membre de la coalition, représente 25 autres organismes nationaux et 150 personnes et coalitions dans toutes les provinces du pays. C'est assez gros.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Voyez-vous cette coalition cesser de fonctionner si nous avons un organisme national de santé publique? Est-ce que toutes ces choses que vous faites viendraient faire partie d'un tel organisme?

**Mme Wilson:** De dire «faire partie d'un tel organisme» serait un peu extrême. Les organismes sans but lucratif qui sont préoccupés par les questions de santé ne vont pas disparaître parce que nous avons un organisme de santé publique.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Quelqu'un a besoin de les encadrer et de les coordonner. Il me semble que c'est exactement ce que vous faites. S'il y avait un organisme national de santé publique, ce dernier voudrait certainement accorder beaucoup d'attention à tous ces groupes et les inclure parce qu'ils font un travail important.



**Dr. Wilson:** Absolutely. Such an agency could provide the focal point for the linking and the coordinating.

**Senator Trenholme Counsell:** Much of what I have heard is the same as I heard 50 years ago, when I was working in public health. It has not changed. It is really the same feeling of the forgotten cousins, or the anxious cousins.

It seems that much of it has come about because of SARS. That has been the stimulus, and that is a good thing.

I see two issues. One is infectious disease control and how Canada will deal with that in better way. It seems Canada has been struck by two things we were not expecting — SARS and the hurricane in Halifax. I do not think we ever expected that we would have either of those things. It is Canada's turn to suffer and learn how to be prepared. Communicable disease is one thing.

The other issue is that I believe that if we are to control health care costs, we must get the public — in other words, Canadian citizens — to take responsibility for their own health. That is what public health is largely about. I believe that passionately. I do not think we will ever control the spiralling costs if we do not start to preach individual responsibility for health and individual responsibility for how we use our health care dollars. Yours is a very noble and important contribution to all of this.

**Dr. Wilson:** Thank you.

**Senator Keon:** I apologize for being late and missing some of your presentation, especially yours, Dr. Law.

Your slides are interesting. They cut through a lot and come down to a focus. I would like you to elaborate on the concept of integration as it relates to public health and the overall health system. We talk about integrated health systems, and integrated health delivery systems and so forth. As far as I can see, you are talking about an integrated health system; however, your first slide produces a bit of a two-headed monster. Then you go over to the third slide and talk about a comprehensive health system. You do not use the word "integrated." In your recommendations, you talk about the national public health agency. Dr. Joseph Losos was here yesterday talking about the same thing, fundamentally.

Would you both expand a little on where you see the public health system fitting into the overall health system in Canada with the national and provincial components and, we hope someday, with the regional health authority components and so forth?

**Dr. Law:** It is unfortunate that you missed my presentation, because I actually made the point that that list makes it look like there are two systems when, in fact, it has to be one system with these two important components.

**Mme Wilson:** Absolument. Un tel organisme pourrait fournir un point central pour la liaison et la coordination.

**Le sénateur Trenholme Counsell:** Une grande partie de ce que j'ai entendu est la même chose que ce que j'ai entendu il y a 50 ans, à l'époque où je travaillais dans le domaine de la santé publique. Vraiment, c'est le même sentiment d'être le parent pauvre ou les laissés pour compte.

Il semble qu'une bonne partie de tout cela vient du SRAS. C'est ce qui a été l'élément déclencheur, et c'est une bonne chose.

Je vois deux questions. La première, c'est la lutte contre les maladies infectieuses et comment le Canada pourrait mieux faire face à ce genre de situation. Il semble que le Canada a été frappé par deux choses que nous n'attendions pas: le SRAS et l'ouragan à Halifax. Je ne pense pas que nous nous attendions à être frappés par l'une ou l'autre de ces deux choses. C'est au tour du Canada de souffrir et d'apprendre qu'il doit être prêt. Les maladies transmissibles, c'est une chose.

L'autre question, c'est qu'à mon avis, si nous voulons contenir les coûts des soins de santé, nous devons amener le public, les citoyens canadiens, à prendre en charge leur propre santé. Et c'est à cela que sert en grande partie la santé publique. J'y crois passionnément. Je ne pense pas que nous parviendrons à contenir les coûts qui montent en flèche si nous ne commençons pas à prêcher la responsabilité individuelle face à la santé et la responsabilité individuelle face à l'utilisation de l'argent dans le domaine de la santé. Votre contribution à toute cette question est très noble et très importante.

**Mme Wilson:** Merci.

**Le sénateur Keon:** Je vous demande d'excuser mon retard et le fait que j'ai manqué une partie de votre exposé, surtout le vôtre, docteur Law.

Vos diapositives sont intéressantes. Elles coupent dans le superflu et vont droit au but. J'aimerais que vous parliez davantage du concept d'intégration dans le contexte de la santé publique et du système de santé global. Nous parlons de système de santé intégré et de système de prestation de soins intégré, et ainsi de suite. D'après ce que je peux voir, vous parlez d'un système de santé intégré; cependant, votre première diapositive produit un genre de monstre à deux têtes. Ensuite, vous passez à la troisième diapositive et vous parlez d'un système de santé global. Vous n'utilisez pas le mot «intégré». Dans vos recommandations, vous parlez d'un organisme national de santé publique. Hier, le Dr Joseph Losos était ici pour parler essentiellement de la même chose.

Pourriez-vous tous les deux préciser davantage votre pensée et nous dire où vous voyez le système de santé publique cadrer dans le système de santé global au Canada, avec ses composantes nationales et provinciales, et, nous l'espérons un jour, les autorités sanitaires régionales et ainsi de suite?

**La Dre Law:** Il est malheureux que vous ayez raté mon exposé, parce que j'ai voulu délibérément que cette liste donne l'impression qu'il y a deux systèmes alors qu'en fait, il faut que ce soit un système avec ces deux composantes importantes.

One thing that has been really encouraging to see in the last year or two in particular is that the health care side is starting to realize that there is another component to the system to which they need to be better linked. A good example of that is the activity of the Canadian Medical Association, which has finally started to take public health seriously and to realize that the health care part is not the only part of the system. I think now they are starting to see that there are many linkages.

There is the obvious point that if you can prevent something on the front end, you do not get the added costs and trouble in the health care side, but then other points come out. For example, during the SARS crisis, we should have had public health experts and physicians in the hospitals with the teams responding and helping. That would be one type of linkage. Another is when physicians in their offices are counselling patients about diet and tobacco and all those things, they can use some help perhaps from the public health people to support their efforts. We cannot have a good surveillance system unless both sides are working together.

People are beginning to realize now that these are not two separate systems, in fact. Although we talk about the public health system, in my view, we should really be thinking more about the public health component of the whole system. I was making the point also that it is not even just the health system that is concerned with the health of Canadians, but there are all those other sectors as well that we need to be working with if we are to achieve better health.

**Senator Keon:** I suspect some day we will have regional health authorities — at least where the population can sustain them — and the public health arm would come in under that at the regional level? Do you see that?

**Dr. Law:** I think it is a reasonable prospect.

**Senator Keon:** It would still link to the commissioner at the top, of course, which is quite possible.

**Dr. Law:** Yes, I guess. I have not really thought about that too much. It seems like it would be reasonable.

**Dr. Wilson:** The challenge sometimes is with the word "integration." There is a lot of fear around that word. Many people feel that by "integration" we mean, for lack of a better word, "smushing" things together and losing some components in the process.

**Senator Keon:** It gets confused with "ownership."

**Dr. Wilson:** Exactly. If we look at a health system, it is all iterative. People live in a community. In fact, with heart disease, we often say people develop heart disease in the community, and they all too often die in the community of it, and everything that happens in between times, as they go through the system, puts them right back into that community. Even if you have someone, for example, with heart disease who has been treated in a health

Une chose que j'ai trouvée vraiment encourageante au cours des deux dernières années, en particulier, c'est de voir que la composante soins de santé commence à prendre conscience qu'il existe une autre composante dans le système à laquelle il a besoin d'être mieux arrimé. Un bon exemple est cette activité de l'Association médicale canadienne, qui a finalement commencé à prendre la santé publique au sérieux et à comprendre que la composante soins de santé n'est pas la seule partie dans le système. Je pense que maintenant, ces gens commencent à voir qu'il y a de nombreux couplages.

Il y a le point évident que si vous pouvez prévenir quelque chose à l'entrée, alors vous n'avez pas à subir les coûts additionnels et les inconvénients du côté des soins de santé, mais ensuite, d'autres éléments surgissent. Par exemple, durant la crise du SRAS, nous aurions dû avoir des spécialistes en santé publique dans les hôpitaux avec les équipes pour intervenir et aider. Ce serait un type de couplage. Un autre, c'est lorsque les médecins, dans leur cabinet, conseillent leurs patients en matière de régime alimentaire, d'usage du tabac et d'autres choses du genre, ils pourraient peut-être profiter de l'aide des gens oeuvrant en santé publique pour appuyer leurs efforts. Nous ne pouvons pas avoir un bon système de surveillance si les deux parties ne travaillent pas ensemble.

Les gens commencent à comprendre maintenant que dans les faits, il n'y a pas deux systèmes distincts. Bien que nous parlions du système de santé publique, à mon avis, nous devrions en fait penser davantage en termes de composante santé publique du système global. Je faisais également valoir le point que ce n'est pas seulement le système de santé qui est concerné par la santé des Canadiens, mais il y a également tous ces autres secteurs avec lesquels nous avons besoin de travailler si nous voulons parvenir à une meilleure santé.

**Le sénateur Keon:** Je présume qu'un jour nous aurons des autorités régionales de la santé — du moins, là où la population le permet — et l'élément santé publique serait assujéti à cette autorité régionale? Est-ce que vous entrevoyez cela?

**La Dre Law:** Je pense que c'est une possibilité raisonnable.

**Le sénateur Keon:** Il serait toujours rattaché au commissaire, au sommet de la hiérarchie, évidemment, ce qui est fort possible.

**La Dre Law:** Oui, je suppose. Je n'ai pas vraiment réfléchi à cette question. Il semble que ce serait raisonnable.

**Mme Wilson:** Le défi parfois, c'est avec le mot «intégration». Le mot suscite beaucoup de craintes. Beaucoup de gens estiment que par ce mot, on veut dire amalgamer des choses ensemble en laissant tomber certains éléments dans le processus.

**Le sénateur Keon:** Et on le confond avec «propriété».

**Mme Wilson:** Exactement. Si nous regardons le système de santé, il est très itératif. Les gens vivent dans une communauté. En fait, dans le cas des maladies cardio-vasculaires, nous disons souvent que les gens développent la maladie du cœur dans la collectivité, et très souvent ils en meurent dans la collectivité, et tout ce qui arrive entre-temps, au fur et à mesure que les gens passent dans le système, les retournent directement dans cette



care system and is discharged, they are back again in a milieu where they need a supportive environment in order to maintain life style changes or whatever else there is.

There have been arguments made that if you were looking at health from a community basis, that it should be public health that has the overview of the health of the public. How many hospitals do we need? How many elderly care institutions? How many psychiatric facilities? Through surveillance, we should be able to tell, on an ongoing basis, the health of any particular population at a local level, et cetera. You then deploy your resources in a mix that makes sense for that community. To do that, there must be connector lanes between pieces. We often operate in silos with primary care that are a bit disconnected from public health, often primary care disconnected from our health care system and discharging patients from hospital back to where and to what.

We are talking about the seamlessness of this system so that, as patients go through this system, everything is connected.

**Senator Keon:** My point is that when you come down to the application of it, the people in the trenches in Toronto, for example, said they were dependent on an "old boys' network." There was no organization chart in place. There was no structure in place, no connectivity with public health, and the hospital sector was doing its own thing and so on.

With respect to the practical application, Dr. Law will recall that when she was with the restructuring commission, I wrote a brief saying that public health should be part of an integrated delivery system for Ottawa-Carleton. I have believed that for a long time. I think we have to take that step and say it. I just want to know what you think about that.

**Dr. Law:** Personally, I think you are right. They do belong in regional health authorities, where those exist. I can see that some of my public health colleagues would be anxious, because historically they have tended to suffer when funds are allocated. It is tough for them to put up arguments for their kinds of prevention activities and health promotion activities, especially on the mental health side and in the face of demands from hospitals and peoples' concerns about waiting lists and waiting times in the emergency rooms, et cetera. I know that there would be some anxious people. However, in principle, it is the right way to go. We have to build in protections — at least initially — to ensure that public health gets its fair share.

**Senator Keon:** We have a unique opportunity this morning, because Dr. Law has served locally here, in Ottawa; she has served in the national department of health, and as a deputy minister; and she served at World Health Organization. I asked

collectivité. Par exemple, une personne qui a été traitée dans un système de soins de santé pour une maladie de coeur et qui reçoit son congé retourne directement dans un milieu où elle a besoin d'un environnement qui la soutient dans ses efforts pour changer son mode de vie ou d'autres facteurs.

On a présenté des arguments voulant que si vous regardez la santé d'un point de vue communautaire, ce devrait être la santé publique qui a la vue d'ensemble de la santé du public. De combien d'hôpitaux avons-nous besoin? De combien d'établissements pour les personnes âgées? De combien d'établissements psychiatriques? Par la surveillance, nous devrions être en mesure de connaître, en tout temps, l'état de santé de n'importe quelle population particulière à un niveau local, et cetera. Vous déployez ensuite vos ressources en les adaptant à cette collectivité particulière. Pour le faire, nous devons avoir des interconnexions entre les éléments. Nous travaillons souvent en vase clos, les soins primaires un peu déconnectés de la santé publique, les soins primaires souvent déconnectés du système de soins de santé et donnant congé à des patients des hôpitaux sans savoir où ils vont aller et ce qu'ils vont faire.

Nous parlons de la continuité de ce système de sorte que, au fur et à mesure que les patients passent dans ce système, tous les éléments sont connectés entre eux.

**Le sénateur Keon:** Mon point, c'est lorsque vous en arrivez à l'application de ce système; les gens dans les tranchées à Toronto, par exemple, ont dit qu'ils devaient dépendre d'une vieille clique. Il n'y avait pas d'organigramme, pas de structure en place, aucune connexion avec la santé publique, et le secteur hospitalier faisait sa petite affaire, et ainsi de suite.

Pour ce qui est de l'application pratique, la Dre Law se rappellera qu'à l'époque où elle faisait partie de la commission de restructuration, j'ai rédigé un mémoire dans lequel je disais que la santé publique devrait faire partie d'un réseau intégré de prestation des services dans Ottawa-Carleton. J'en suis convaincu depuis longtemps et je pense que nous devons le dire et le faire. Je voudrais savoir ce que vous en pensez.

**La Dre Law:** Personnellement, je pense que vous avez raison. Ce service devrait relever des autorités régionales de la santé, lorsqu'elles existent. Je sais que cela pourrait inquiéter certains de mes collègues qui travaillent en santé publique, parce que, historiquement, ils ne sont guère favorisés lorsque les fonds sont attribués. Il leur est difficile d'aligner des arguments en faveur de leurs activités de prévention et de promotion de la santé, surtout pour le volet santé mentale, face aux exigences des hôpitaux et des préoccupations des gens relativement aux listes d'attente et aux files d'attente dans les urgences, et cetera. Je sais que cela serait de nature à en inquiéter certains. Cependant, en principe, c'est la bonne solution. Nous devons prévoir des sauvegardes, tout au moins initialement, pour garantir que la santé publique obtiendra sa juste part.

**Le sénateur Keon:** Nous avons une occasion unique ce matin, parce que la Dre Law a travaillé ici même, à Ottawa; elle a travaillé au ministère national de la Santé, où elle a été sous-ministre; et elle a travaillé à l'Organisation mondiale de la santé.

Dr. Losos yesterday if he thought the World Health Organization is capable of providing the structural framework to handle the global safety net. He said he thought it was. Many Americans think it is not, that it does not have adequate scientific resources, adequate personnel and adequate financing to be dabbling in things at that level.

You have been there. What do you think, Dr. Law?

**Dr. Law:** First, let me clarify that my role in the World Health Organization was on its executive board, and that was a while ago now. More recently, I have been working for the World Bank. Sometimes people think I was at WHO when I was not.

I have some reservations about the current capability of WHO to deal with all of the things it has on its plate. I would be a little bit worried. It does a very good job with many of its expert committees. It can come up with norms and standards that are useful. The WHO is relatively starved for resources to do the job that is needed. Because I have worked from the World Bank side in countries, I know well that often WHO has a fair amount of expertise but does not have the funds to do much about it. It was reliant on the World Bank and other sources for funding. In addition, sometimes it just did not have enough money in its country budgets to bring in the expertise that it might have around the world.

Having said that, I still have a strong commitment to it because it is, after all, our premier international health organization. It can call on anybody anywhere, if it has the resources to do it. No one turns down helping out WHO on committees or on assignments. It is amazing the people it can call upon when it needs to do it. However, they need more resources.

**Senator Morin:** Dr. Law, if not the World Health Organization, what else?

**Dr. Law:** That is a point. There is no other organization. In my view, it has to be WHO. That is why I would be the first to say that WHO ought to have more resources to do the job to carry out its mandate fully. It does not do a bad job in view of the resources it has. However, it does not have that much.

**Senator Morin:** Dr. Losos told us yesterday that in the U.S., there is a movement — and I thought the World Bank organization was involved — to have another organization do the job. We were told yesterday that there is a movement within the U.S. and amongst other international bodies to have another body replace the World Health Organization.

**Dr. Law:** I have not heard of that and I cannot quite conceive of it, to be honest, because the World Health Organization is an organization of member states at the United Nations.

J'ai demandé hier au Dr Losos s'il pensait que l'OMS était capable de mettre en place le cadre structurel permettant d'installer un filet de sécurité mondial. Il a répondu par l'affirmative. Beaucoup d'Américains croient le contraire, affirmant que l'organisation n'a pas les ressources scientifiques voulues, ni le personnel ni le financement voulus pour se mêler de ce dossier à ce niveau.

Vous y avez travaillé. Qu'en pensez-vous, docteur Law?

**La Dre Law:** Premièrement, je voudrais préciser quelles fonctions j'ai occupées à l'Organisation mondiale de la santé: je faisais partie du comité de direction, et c'était il y a longtemps. Plus récemment, j'ai travaillé à la Banque mondiale. Certains croient parfois que j'étais à l'OMS à une époque où je n'y étais pas.

J'ai des réserves sur la capacité actuelle de l'OMS de s'occuper de tous les dossiers dont elle est chargée. Je m'inquiéterais un peu. Beaucoup de ses comités spécialisés font du très bon travail. Elle peut établir des normes et des standards qui sont utiles. L'OMS est relativement pauvre en ressources compte tenu de la tâche qu'elle doit accomplir. Pour avoir travaillé à la Banque mondiale dans divers pays, je sais pertinemment que l'OMS dispose souvent d'une expertise assez solide, mais qu'elle n'a pas assez d'argent pour faire grand-chose. Elle dépendait de la Banque mondiale et d'autres sources de financement. De plus, elle n'avait parfois même pas assez d'argent dans les budgets des pays membres pour aller chercher l'expertise qu'elle pouvait avoir aux quatre coins du monde.

Cela dit, je demeure un solide défenseur de l'organisation qui est, après tout, notre principale organisation internationale dans le domaine de la santé. Elle peut faire appel à n'importe qui n'importe où, si elle a les ressources pour le faire. Personne ne refuse de donner un coup de pouce à l'OMS en faisant partie de comités ou en acceptant des affectations. C'est étonnant de voir le grand nombre de gens sur lesquels elle peut compter au besoin. Il lui faut toutefois plus de ressources.

**Le sénateur Morin:** Docteur Law, si l'Organisation mondiale de la santé ne peut pas s'en charger, que reste-t-il d'autre?

**La Dre Law:** Vous avez raison. Il n'y a aucune autre organisation. À mon avis, il faut que ce soit l'OMS. C'est pourquoi je serais la première à dire que l'OMS doit avoir plus de ressources pour accomplir sa tâche et réaliser son mandat. Elle ne fait pas du mauvais travail compte tenu des ressources dont elle dispose. Cependant, elle n'en a pas beaucoup.

**Le sénateur Morin:** Le Dr Losos nous a dit hier qu'aux États-Unis, il y a un mouvement — je pensais que la Banque mondiale en était — visant à confier la tâche à une autre organisation. On nous a dit hier qu'il y a aux États-Unis et dans d'autres organismes internationaux un mouvement visant à remplacer l'Organisation mondiale de la santé par une autre instance.

**La Dre Law:** Je n'ai pas entendu parler de ça et, franchement, je ne peux pas m'imaginer une chose pareille, parce que l'Organisation mondiale de la santé comprend les États



One hundred ninety-two countries belong to WHO. I cannot imagine that somebody in the United States can find an alternative to that.

It might be that there is some specific activity that they think can be better done by bringing together some other group — perhaps the CDCs of the world or something like that. I do not know. I have not heard about it.

There is a global fund for fighting AIDS, tuberculosis and malaria, to which Canada and others contribute, but it is very much involved with WHO for the expertise.

**Senator Morin:** Concerning the lack of resources at WHO, has there been a study or is there a document or any evidence showing that there is a lack of resources? This is one area where we could perhaps help. If there is evidence of a lack of resources at that level, have there been any publications or document that would help us get a handle on this?

**Dr. Law:** There was a Commission on Macroeconomics and Health that was chaired by Jeffrey Sachs, an economist from Harvard, I think. It is a lengthy report. It focuses on what resources are needed internationally for health for a variety of purposes. I do not recall off-hand how much it actually said about WHO in that respect. I am sure there would be material in that report somewhere. I cannot imagine that they did not address the resource needs of WHO, among others.

**Senator Roche:** Mr. Chairman, I would like to come in immediately behind Dr. Law and her references to WHO. The record will show that it has performed an outstanding service on behalf of bringing up global health standards. Mr. Chairman, if we are going to touch WHO in our report, perhaps we might want to bring up some of the background to support the statement I just made.

You are doctors, and there are doctors and health care specialists on this committee, I am just a poor layman here, trying to figure out this whole thing. I have to dissent immediately. I know when I am in the company of experts.

However, it is precisely that point. We have many people watching this on television now, some of whom are wondering whether this study we are doing — to which you are admirably contributing this morning — is going to help to insure them against more infectious diseases, such as SARS, which is really what stimulated this study. Is it going to cut down line-ups? Will they get the health care they need?

I was struck by a phrase that I heard earlier — that people are starting to come to life now on public health care matters and take responsibility for their own health care as a big step forward. I see that connected to the title of your organization. I am intrigued by it: the Canadian Coalition for Public Health in the 21st Century. That suggests to me you are doing some forward thinking.

membres de l'ONU. Cent quatre-vingt-douze pays font partie de l'OMS. Je ne peux m'imaginer que quelqu'un aux États-Unis puisse trouver une solution de rechange à cela.

Peut-être croit-on pouvoir obtenir de meilleurs résultats dans certains domaines précis en créant un autre groupe quelconque — peut-être les CDC du monde entier ou quelque chose du genre. Je ne sais pas. Je n'en ai pas entendu parler.

Il existe un fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, auquel le Canada et d'autres pays contribuent, mais il compte beaucoup sur l'OMS pour les spécialistes.

**Le sénateur Morin:** Au sujet du manque de ressources à l'OMS, est-ce qu'il existe une étude ou un document ou des preuves quelconques démontrant que les ressources sont insuffisantes? C'est un domaine où nous pourrions peut-être nous rendre utiles. Ce manque de ressources est-il documenté, existe-t-il des publications quelconques qui nous aideraient à comprendre cette problématique?

**La Dre Law:** Il y a eu une commission macro-économie et santé présidée par Jeffrey Sachs, qui est, sauf erreur, un économiste de Harvard. C'est un long rapport. On y explique quelles ressources sont nécessaires pour la santé sur le plan international dans divers domaines. Je ne me rappelle pas par coeur ce qu'on disait exactement de l'OMS dans ce rapport. Je suis certaine qu'on y trouve quelque part des données. Je ne peux imaginer que les auteurs du rapport n'aient pas abordé les besoins de l'OMS en matière de ressources, entre autres organisations.

**Le sénateur Roche:** Monsieur le président, je voudrais souscrire immédiatement aux propos de la Dre Law sur l'OMS. Les faits démontrent que l'organisation a rendu de fiers services en rehaussant les normes mondiales en matière de santé. Monsieur le président, si nous devons aborder l'OMS dans notre rapport, peut-être devrions-nous aller fouiller dans la documentation pour corroborer la déclaration que je viens de faire.

Vous êtes des médecins et il y a parmi les membres de notre comité des médecins et des spécialistes des soins de santé, tandis que je suis pour ma part un simple profane qui s'efforce de démêler tout cela. Je dois me dissocier immédiatement. Je le sais quand je suis en compagnie d'experts.

Cependant, tout est là. Bien des gens suivent en ce moment même nos travaux à la télévision et certains se demandent si cette étude que nous faisons et à laquelle vous apportez une contribution admirable ce matin va aider à les prémunir contre des maladies infectieuses comme le SRAS, qui est en fait à l'origine de notre étude. Est-ce que cela va réduire les files d'attente? Les gens obtiendront-ils les soins de santé dont ils ont besoin?

J'ai été frappé par une phrase que j'ai entendue tout à l'heure, à savoir que les gens commencent à s'éveiller à la problématique de la santé publique, et ils commencent à assumer la responsabilité de leur propre santé, ce qui est un énorme progrès. J'y vois un lien avec le titre de votre organisation, que je trouve intéressant: la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle. J'en déduis que vous êtes tournés vers l'avenir.



Because of the constitutional problems of this country, we have been forced into a form of reactive and confrontational thinking with respect to the use of the public health care dollars — federal, provincial — and on how and where it is spent.

Many of these things need to be sorted out in respect of what we want to do for the future. I would like to hear your vision of the future. Would you talk about prevention and people starting to take better care of themselves? Will that not save us a lot of money? I have never been convinced that pouring more money into the health care system would perform some miraculous thing. The system needs proper funding, to be sure; but it also needs a better-coordinated consensus between the federal and provincial governments as to how the totality of the health care of the people will be met.

Do you think that it is true that the more we employ preventive measures — get people to prevent things from happening, deleterious consequences from bad behaviour — that the more money will be saved, thus, perhaps a better overall health care can be devised without necessarily bankrupting all the provinces as they fear would happen. You can see that I am bringing a non-professional view to this. I am bringing a view that says we ought to do much more in prevention.

In the field in which I work — in war and peace — we have learned that if you can stop wars from happening, it is preferable to going in and cleaning up the mess afterward, not to mention a lot less expensive. However, to get the political attention, you have to be able to quantify the upstream savings from prevention. How do you quantify it? How do you sell it and how do you send out that message for the 21st century? You may consider that a broad-based question, and perhaps not professional enough. However, that is where I am and that is where I think a lot of people are.

**Dr. Wilson:** That is an excellent, question, senator. I think that more and more people are asking that question.

For the record, I am not a medical doctor. I am a nurse with a doctorate. I got my professional start working in critical care, teaching a post-graduate course in intensive care nursing, and now I am in public health. I came to the realization that lives are not necessarily saved one person at a time over and over again. I think that picks up on a bit of the concept that you are talking about.

These are my own personal experiences; I am not speaking on behalf of the coalition. We have lived in a society — because we have such excellent health care in this country — where sometimes people believe that it does not really matter what they do. We have such excellent care that someone can make them better if they get ill.

Étant donné les problèmes constitutionnels de notre pays, nous avons été forcés de nous livrer à une réflexion marquée par la passivité et les confrontations au sujet de l'utilisation des deniers publics consacrés à la santé, de la manière dont l'argent, des budgets fédéral ou provinciaux, est dépensé.

Il faut démêler tout cela et décider de ce que nous voulons faire à l'avenir. J'aimerais vous entendre formuler votre vision de l'avenir. Diriez-vous que tout est dans la prévention et que les gens doivent commencer à se soucier davantage de leur état de santé? Cela ne nous fera-t-il pas économiser beaucoup d'argent? Je n'ai jamais été convaincu qu'on ferait des miracles en injectant toujours plus d'argent dans le réseau de soins de santé. Le système doit être bien financé, c'est certain; mais il faut aussi un meilleur consensus et une plus grande coordination entre les gouvernements fédéral et provinciaux quant à la façon dont on va répondre d'une manière globale aux besoins de la population en matière de santé.

À votre avis, est-il vrai que plus nous prendrons des mesures préventives, en amenant les gens à éviter d'encourir les conséquences nocives d'un comportement néfaste, plus nous économiserons de l'argent, ce qui nous permettra peut-être d'obtenir globalement de meilleurs soins de santé, sans nécessairement acculer à la faillite toutes les provinces comme elles le craignent. Vous pouvez constater que j'aborde cette question dans une optique qui n'est pas celle d'un professionnel. Mon point de vue, c'est que nous devons faire beaucoup plus de prévention.

Dans le domaine où je travaille, la guerre et la paix, nous avons appris que si l'on peut empêcher les guerres de se déclencher, c'est mieux que d'intervenir pour nettoyer le gâchis par après, sans compter que cela coûte beaucoup moins cher. Cependant, pour obtenir l'attention politique, il faut pouvoir quantifier les économies que la prévention permet de faire en amont. Comment quantifier cela? Comment en convaincre les gens et comment communiquer ce message pour le XXI<sup>e</sup> siècle? Vous trouverez peut-être que c'est une question très vaste et peut-être pas suffisamment professionnelle. Cependant, j'en suis là et je pense que bien des gens en sont là.

**Mme Wilson:** C'est une excellente question, sénateur. Je pense qu'il y a de plus en plus de gens qui posent cette question.

Je tiens à préciser que je ne suis pas docteur en médecine. Je suis une infirmière qui a un doctorat. J'ai fait mes débuts professionnels dans le domaine des soins intensifs; j'ai enseigné les soins infirmiers intensifs à des étudiants diplômés, et je travaille maintenant en santé publique. J'en suis venu à prendre conscience que l'on ne peut pas nécessairement sauver des vies une personne à la fois à maintes et maintes reprises. Je pense que cela recoupe un peu le concept dont vous traitez.

Cela correspond à ma propre expérience personnelle; je ne parle pas au nom de la coalition. Nous avons vécu dans une société dans laquelle, parce que nous sommes tellement en bonne santé dans notre pays, les gens s'imaginent parfois que ce qu'ils font n'a pas vraiment d'importance. Nous avons tellement des bons soins que, si quelqu'un tombe malade, il se trouvera bien quelqu'un pour le guérir.



We have a second challenge because of the circumstances in which some people live — whether they are unemployed, lack education, et cetera — that inhibit people from potentially living their lives in a way that might be healthier for them.

We get into a mug's game if we try to say that if we put all our money in prevention, we will save money over here. As we age, we are all going to develop something. The last time we checked, life was a terminal condition. If we can keep people as healthy for as long as possible, then potentially, when people reach the end of their four score years and 20 or whatever it is, the resources they consume at the end of life are truncated — they are very short. They are healthy for as long as possible, and when they die, they die quickly. They do not start to deteriorate in their 50s or 60s and go into this long decline with co-morbidities such as diabetes, heart disease or other chronic conditions that have a huge impact on their quality of life, their ability to work, their ability to enjoy their life.

This is not about being in either/or situation. It is about using the evidence we have from research to look at where interventions make sense and what types of interventions we need. We are saying that public health is the foundation of healthy living. It is what our communities look like. It is how healthy those communities are. Do they have walking trails? Do they have bicycle trails? When we throw up a new apartment block, is there green space? Are there friendly communities that enable people to be healthier?

You are right; it is a huge challenge. In the debates about health care and health care dollars, it has started to resonate with people that resources are finite. There is only so much money; now we are really arguing about how we best deploy those resources in a way that keeps healthy people healthy for as long as possible.

We have a bit of a turnaround. I used to joke around medical school that if I were in charge of medical training, I would start every would-be physician out in the community. I would not even let them see a hospital until they had been in their training for two or three years, because basically most people are born healthy and it is our job to keep them that way. Our system is we train health professionals. I am a nurse and that is how I was trained, that people are ill and it is our job to make them better. I think we are starting to think in different ways, but we have a long way to go.

I do not know whether I answered your question.

**Dr. Law:** I wish we could say if you put X number of dollars into public health, you will save X number of dollars times two or three or whatever on the health care side. However, I do not think the science is good enough to give that kind of an answer. We

Nous avons un deuxième défi à relever à cause des circonstances dans lesquelles certaines personnes vivent — qu'elles soient en chômage, peu scolarisées, et cetera —, circonstances qui empêchent les gens de vivre leur vie d'une manière qui leur permettrait d'être en meilleure santé.

Ce serait se leurrer que de dire que si nous mettons tout notre argent dans la prévention, nous finirons par économiser de l'argent. En vieillissant, nous allons tous souffrir d'affections diverses. Aux dernières nouvelles, la vie était toujours fatale. Si nous pouvons garder les gens en santé le plus longtemps possible, potentiellement, quand les gens atteignent le terme de leurs 80 et quelques années ou deviennent centenaires, les ressources qu'ils consomment à la fin de leur vie en sont diminuées et réparties sur une très courte période. Ils sont en santé le plus longtemps possible et, quand ils meurent, ils meurent rapidement. Ils ne commencent pas à se déglisser à la cinquantaine ou la soixantaine pour amorcer ensuite un long déclin caractérisé par des comorbidités comme le diabète, les maladies cardiaques ou d'autres états pathologiques chroniques qui influent puissamment sur leur qualité de vie, leur capacité de travailler et de jouir de la vie.

Il ne s'agit pas de choisir entre deux solutions. Il faut mettre en application les résultats de la recherche pour voir quelles interventions sont logiques et nécessaires. Nous disons que la santé publique est à la base d'une vie saine. Cela détermine l'apparence même de nos collectivités, la santé globale de ses membres. Y trouve-t-on des sentiers de randonnée et des pistes cyclables? Quand on construit un nouvel immeuble locatif, prévoit-on des espaces verts? Vit-on dans des collectivités conviviales qui permettent aux gens d'être en meilleure santé?

Vous avez raison; c'est un immense défi. Dans les débats sur les soins de santé et l'argent qui y est consacré, les gens ont commencé à prendre conscience que les ressources ne sont pas infinies. Nous avons seulement un certain montant d'argent; nous devons maintenant discuter de la meilleure façon de déployer les ressources que nous avons de manière à permettre aux gens de rester en santé le plus longtemps possible.

Nous devons changer quelque peu notre mode de pensée. Je disais en plaisantant à la faculté de médecine que si j'étais responsable de la formation des médecins, j'obligerais tous les aspirants médecins à faire leurs débuts dans le vrai monde. Je ne les laisserais même pas approcher d'un hôpital avant d'avoir fait deux ou trois ans de formation, parce qu'essentiellement, la plupart des gens naissent en santé et c'est notre travail de les garder en santé. Notre système est tel que nous formons des professionnels de la santé. Je suis infirmière et c'est la formation que j'ai reçue, c'est-à-dire que les gens sont malades et notre travail consiste à les guérir. Je pense que nous commençons à voir les choses différemment, mais il nous reste beaucoup de chemin à parcourir.

J'ignore si j'ai répondu à votre question.

**La Dre Law:** J'aimerais pouvoir dire que si l'on injecte un certain montant dans la santé publique, on économise automatiquement deux ou trois fois plus en soins de santé. Je ne pense toutefois pas que les données scientifiques soient assez

know there are some obvious areas where you would get payoff; immunization would be a classic example — clearly, you save money if you immunize children, or if you immunize adults against flu, which is a very important thing.

Beyond that, it starts getting complicated to try to make the comparisons. For instance, a lot of people concerned about the effects of tobacco have tried to show the cost benefits of reducing tobacco use — even those are sometimes challenged. There is no quick answer, but it seems common sense, as Dr. Wilson said, if we can keep people healthy for as long as possible we will save.

How much will we save? That is not so clear, because we do not know how to factor in the increased costs at the end of life, when you keep people alive longer, for instance. It is hard.

**Senator Morin:** Premature mortality saves money — that is the problem. That is the issue, but you cannot promote that.

**Dr. Wilson:** That was the argument the tobacco industry made in eastern Europe in their study; that if people smoked and died early, the state would not have to provide for them later in life.

**Senator Roche:** Dr. Law, if indeed people are starting to come to life on public health care issues — and I think that is the case — if we can help them understand that taking preventive measures has its own reward on a tax basis, there must be some way to show how much money is saved by prevention.

**Dr. Law:** I do not have this in my head at the moment, but I think that there is some work from the World Bank along that line. We probably could find some of that information for you.

Whether that influences individual behaviour as much as convincing people that they will feel better and live more productively and feel happier or whatever —

**Senator Roche:** I took that for granted, absolutely. What I had in mind was if we could quantify it, the governments themselves might be more prone to get the message out in education campaigns, et cetera — in the way that the smoking campaign paid off — paid for with government funds, knowing that they would get a return. From the quantification point of view, government leaders would benefit. From the individual point of view, you may feel better about yourself when you take preventive measures.

**Dr. Law:** Those calculations are tough to do.

**Senator Roche:** You mentioned the World Bank.

solides pour donner une réponse précise à cette question. Nous savons qu'il y aurait des avantages tangibles dans certains domaines évidents; l'immunisation en est un exemple classique, car il est clair que l'on économise de l'argent en immunisant les enfants, ou encore en immunisant les adultes contre la grippe, ce qui est très important.

À part cela, ça commence à devenir compliqué si l'on veut faire des comparaisons. Par exemple, bien des gens qui luttent contre le tabagisme ont tenté de démontrer que la réduction du tabagisme entraîne une baisse des coûts, mais même de telles conclusions sont parfois contestées. Il n'y a pas de réponse sûre, mais la simple logique veut que, comme la Dre Wilson l'a dit, si l'on garde les gens en santé le plus longtemps possible, nous allons économiser

Combien économiserons-nous? Ce n'est pas aussi clair, parce que nous ne savons pas quelle valeur attribuer à l'augmentation des coûts à la fin de la vie, si les gens vivent plus longtemps, par exemple. C'est difficile.

**Le sénateur Morin:** Les décès précoces font économiser de l'argent, voilà le problème. C'est la réalité, mais on ne peut pas le crier sur les toits.

**Le sénateur Wilson:** C'est l'argument que l'industrie du tabac a invoqué en Europe de l'Est dans une étude; c'est-à-dire que si les gens fument et meurent jeunes, l'État n'a pas besoin de s'occuper d'eux durant leur vieillesse.

**Le sénateur Roche:** Docteur Law, si les gens commencent vraiment à s'éveiller à la problématique de la santé publique, et je pense que c'est le cas, si nous pouvons les aider à comprendre que les mesures préventives sont profitables en soi sur le plan fiscal, il doit y avoir un moyen quelconque d'établir combien on peut économiser grâce à la prévention.

**La Dre Law:** Je ne me rappelle pas des chiffres, mais je crois que la Banque mondiale a fait des travaux dans ce domaine. Nous pourrions probablement vous trouver des renseignements là-dessus.

Quant à savoir si cela influence le comportement individuel autant que de convaincre les gens qu'ils se sentiront mieux et vivront des vies plus productives et plus heureuses...

**Le sénateur Roche:** Absolument, je tiens cela pour acquis. Ce que j'avais en tête, c'est que si nous pouvions quantifier cela, les gouvernements eux-mêmes seraient peut-être plus enclins à transmettre le message dans des campagnes d'information, et cetera — de la même manière que la campagne antitabagisme a été couronnée de succès — et ces campagnes seraient payées à même les deniers publics, sachant qu'on en aurait pour son argent. Du point de vue de la quantification, les dirigeants au niveau du gouvernement en bénéficieraient. Du point de vue individuel, ce serait peut-être plus gratifiant de prendre des mesures préventives.

**La Dre Law:** Ces calculs sont difficiles à faire.

**Le sénateur Roche:** Vous avez mentionné la Banque mondiale.



**Dr. Law:** I spent a few years at the World Bank, which probably has more economists per square metre than any other place on earth. Sitting around and arguing about the methods for these kinds of studies is excruciating.

Taking a physician's — as opposed to an economist's — view, I found that they had to make so many assumptions in their models that they assumed away all human behaviour so that the models and the projections would work. This is, of course, my biased opinion and certainly is not what the economists would say. It is very frustrating work and people always challenge the method and they always have arguments to make about why this or that could not be true. It is tough but some work has been done on that.

**Senator Morin:** The other issue is that the savings occurs over the long term, not in the short term. Yet, politicians are not interested in the long term.

**Senator Roche:** This speaks to one of the big problems of the whole: the governmental system. It applies to many areas. In any event, do you think that we might ask our staff to look at the World Bank?

**The Chairman:** Dr. Law, if you have some data it would be helpful.

I have two short questions and the first is for Dr. Wilson. You quoted two Decima studies. I would like to see the exact question — in particular the one in which you said that somewhere between 80 per cent and 90 per cent indicated that a good environment is part of public health, et cetera. I am interested in that.

Having been in that business for a decade, I think you will find that if you actually asked people: What does public health mean? The vast majority of Canadians would say that it is the opposite of private health and public health is what we have in Canada. On the other hand, if you asked whether the following elements were components of public health, then people would say, yes. You have to be careful in jumping to conclusion. If the question were asked in the second way, it would not tell you what the public think the term "public health" means. The average citizen thinks public health is what we have in Canada and private health is what they have in the United States, which is why I would like to see the question.

The presentation has been interesting, good and helpful, but extremely theoretical. The blunt reality is that you will not get \$1 billion dollars off the top. The provinces and the feds are arguing over \$2 billion and whether they did or did not give it and for what it was promised. To start arguing for an additional \$1 billion would be rather unrealistic. My guess is that government will glaze over and the issue will disappear. That is a pragmatic response.

**La Dre Law:** J'ai passé quelques années à la Banque mondiale, où l'on trouve probablement un plus grand nombre d'économistes au mètre carré que partout ailleurs sur Terre. On peut s'arracher les cheveux à discuter des méthodes à suivre pour effectuer les études de ce genre.

J'adoptais pour ma part le point de vue d'un médecin par opposition à celui d'un économiste et j'ai constaté qu'ils devaient faire tellement d'hypothèses dans leurs modèles qu'ils finissaient par modéliser à coup de suppositions la totalité du comportement humain pour que les modèles et les projections soient valables. C'est bien sûr mon opinion marquée par un parti pris et les économistes ne seraient certainement pas d'accord. C'est très frustrant comme travail, les gens ne cessent de contester la méthode et ils ont toujours des arguments à avancer pour affirmer que telle ou telle hypothèse ne peut être avérée. C'est difficile, mais certains s'y sont essayés.

**Le sénateur Morin:** L'autre problème est que les économies se font à long terme et non à court terme. Et pourtant, les politiciens ne s'intéressent pas à ce qui se fait à long terme.

**Le sénateur Roche:** Cela soulève l'un des plus gros problèmes: le système gouvernemental. Il touche de nombreux domaines. En tout cas, pensez-vous que nous pourrions demander à notre personnel de voir ce qu'il en est à la Banque mondiale?

**Le président:** Docteur Law, disposez-vous de données qui nous seraient utiles?

Je voudrais poser deux petites questions; la première s'adresse à la Dre Wilson. Vous avez mentionné deux sondages menés par Decima. Je voudrais voir la question exacte — en particulier celle dans laquelle vous avez dit qu'entre 80 et 90 p. 100 des personnes interrogées ont indiqué qu'un bon environnement fait partie de la santé publique, et cetera. Cela m'intéresse.

Ayant travaillé dans ce domaine pendant une décennie, il me semble que si vous demandiez aux Canadiens ce que représente la santé publique, une large majorité vous répondrait que c'est le contraire des soins de santé privés et que ce que nous avons au Canada, c'est la santé publique. Par contre, si vous demandiez si les éléments suivants sont des composantes de la santé publique, ils vous répondraient oui. Il faut veiller à ne pas conclure trop hâtivement. Si la question était posée de la seconde façon, vous n'obtiendrez pas la signification de l'expression santé publique telle que perçue par le public. Pour le citoyen moyen, la santé publique est ce que nous avons au Canada et les soins de santé privés sont donnés aux États-Unis; c'est la raison pour laquelle j'aimerais voir la question.

L'exposé a été intéressant, excellent et utile, mais extrêmement théorique. La dure réalité est que vous n'obtiendrez pas d'emblée un milliard de dollars. Les provinces et le gouvernement fédéral se disputent pour deux milliards de dollars; les ont-ils versés ou non et à quoi devaient-ils servir? Commencer à se disputer pour un milliard de dollars supplémentaire serait plutôt irréaliste. À mon avis, le gouvernement préférera faire autre chose et la question disparaîtra. Voilà une réponse pragmatique.



Dr. Law, I will ask you to put on your old Deputy Minister's hat for this next question, which addresses the of pan-Canadian agreement you mentioned. The federal-provincial negotiations, in which both you and I have been involved over the years, are difficult enough, as we have seen over the simple idea of a health council — they can be nearly impossible to negotiate. I am not worried about the direction you want to go but whether it would be such a big reach as to prove undoable in one step and, therefore, it would disappear from site.

As a former Deputy Minister, what do you think of the direction you propose and the one or two short, feasible, doable steps in the next 12 months?

**Dr. Law:** Not all of that \$1 billion would necessarily be federal dollars, of course, because there are provincial and municipal dollars in the public health system as well. Increases would need to come from all of those sources; the federal government would be only one source.

As I said earlier, I do not know for sure that that is the right amount of money. I just know that many more resources are needed to do the job adequately. Personally, I do not underestimate how difficult it is to do these things on a federal-provincial basis. Having been through many tough things such as the Canada Health Act and National Child Care with the provinces, I know how tough that is. When I came back after five years in Washington, I asked people if things were any different. Everyone gave me discouraging answers.

**Senator Morin:** Things are worse.

**Dr. Law:** That is what they said and I said that it was impossible.

With all the pressure from SARS, et cetera, perhaps this is the time for at least an agreement on a national health agency. There are many different models to be considered, some of which would, no doubt, be more acceptable to provinces than others. However, it could be a way to tie together what exists and to improve upon it in ways that the provinces know need to be done. I am certain that the SARS epidemic must have made it clear that there must be a national body to maintain an overview of what is happening across the country. We could at least have a decent surveillance system in place so that we could report to the WHO, under the international health regulations, what is happening across Canada, and bring that expertise back from the rest of the world to Canada.

I know that would not be easy. I am probably a bit less optimistic about that than some other members of the coalition, who have not been through the kinds of discussions that, as you said, you and I have experienced in the past.

Some of those efforts, however painful, did succeed because we now have the Canada Health Act and we have tobacco legislation. We have managed to do things in the past. I think we should go for it.

Docteur Law, je vous demanderais de reprendre votre rôle d'ancienne sous-ministre pour ma prochaine question, touchant l'accord pancanadien que vous avez mentionné. Les négociations fédérales-provinciales, auxquelles nous avons tous deux participé au cours de ces années, sont suffisamment difficiles, comme nous avons pu le constater au sujet de la simple idée d'un conseil de la santé; c'est presque impossible. Ce qui me préoccupe, ce n'est pas tant la direction que vous voulez prendre, mais plutôt si sa portée sera telle qu'il serait impossible de la réaliser en une seule étape et que, par conséquent, elle disparaîtrait.

Que pensez-vous, en tant qu'ancienne sous-ministre, de la direction que vous proposez et de l'un ou des deux petits pas qui seraient réalisables dans les douze prochains mois?

**La Dre Law:** Il est évident que la totalité de ce milliard de dollars ne proviendrait pas nécessairement du gouvernement fédéral car le système de santé publique est également financé par les provinces et les municipalités. Les fonds supplémentaires devraient provenir de toutes ces sources; le gouvernement fédéral n'en constituant qu'une.

Comme je l'ai déjà dit, je ne suis pas certaine que ces contributions suffisent. Je sais seulement qu'il en faut beaucoup plus pour bien faire le travail. Personnellement, je ne sous-estime pas la difficulté à concrétiser ces objectifs sur une base fédérale-provinciale. Ayant vécu de nombreuses expériences pénibles avec les provinces comme la Loi canadienne sur la santé et le programme national de garderies, je sais à quel point c'est difficile. À mon retour de Washington, après un séjour de cinq ans, je me suis renseignée pour savoir si la situation avait changé et je n'ai reçu que des réponses décourageantes.

**Le sénateur Morin:** La situation a empiré.

**La Dre Law:** C'est ce que l'on m'a annoncé et j'ai dit que c'était impossible.

Avec toute la pression attribuable au SRAS, et cetera, le moment est peut-être venu de conclure, au moins, un accord pour un organisme de santé national. On peut envisager plusieurs modèles dont certains seraient certainement mieux acceptés par les provinces. Cependant, cela pourrait servir de lien entre tout ce qui existe déjà et permettrait d'apporter les améliorations jugées nécessaires par les provinces. Je suis certaine que l'épidémie de SRAS a, clairement, démontré la nécessité d'un organisme national chargé de surveiller ce qui se passe d'un bout à l'autre du pays. Nous pourrions, au moins, mettre sur pied un système de surveillance adéquat pour signaler à l'OMS, conformément à la réglementation internationale sur la santé, ce qui se passe dans tout le Canada, et transférer ce type d'expertise des autres pays au Canada.

Je sais que cela ne sera pas facile. Sur ce point, je suis probablement un peu moins optimiste que d'autres membres de la coalition qui n'ont pas eu le genre de discussions auxquelles, comme vous l'avez dit, vous et moi avons participé.

Certains de ces efforts, aussi pénibles qu'ils aient été, ont abouti car nous avons aujourd'hui la Loi canadienne sur la santé et la Loi sur le tabac. Nous avons réussi à concrétiser des objectifs dans le passé. Je pense qu'on devrait tenter le coup.



**The Chairman:** The Canada Health Act, as you know, was done over the objection of some of the provinces.

**Dr. Law:** Most of the provinces.

**The Chairman:** Right. I am not sure that you and I are on the same page, although I think we probably are. Your comment was about the change in people's attitudes and in governments' attitudes — provincial and federal — as a result of SARS. You then talked about a surveillance system, about which I would agree. I would infer, from what you are saying, that you are much more likely to reach agreement if you focus on epidemics and emergencies — on crisis situations — rather than on the broader kind of issue of public health writ large, which is the term of reference about which you spoke. Would you agree with that?

**Dr. Law:** Wearing my Deputy Minister hat, I would agree with that. What makes me sad is that you are faced with that all the time in government, especially in the federal system. By the way, the WHO has made the point that most federal systems generally have these headaches in the health sector, not just Canada.

It makes me sad that you always end up going for something that you know is not truly needed or perhaps what the public even wants. Canadians understand the need for having a proper, coordinated public health system but you have to go for what you can get and that is our history, I guess. As an individual, I find that rather sad. At least you have to know that it is not what is really needed and there is something that you can do now without losing that vision of what needs to be done overall.

When I was at Health and Welfare, I always thought we needed to know our vision of the right thing. Then, we would chip away at it — work at it over time, without losing sight of the bigger picture. I would hope that if this committee were to make proposals in respect of what it can do now, what is doable and whether it can get through the federal-provincial system, it would then at least recognize in its report that this is only one piece and that much more would be done if you were directed to the kind of comprehensive health system that Canadians deserve and that they understand and want.

**The Chairman:** Thank you. As two former deputy ministers, we see the world in much the same way.

**Senator Morin:** We are making the assumption that the provinces would be opposed to a wider mandate. We do not know that at this time.

**The Chairman:** I thank the witnesses for coming today.

The committee adjourned.

**Le président:** Comme vous le savez, la Loi canadienne sur la santé a été élaborée en dépit des objections de certaines provinces.

**La Dre Law:** La majorité des provinces.

**Le président:** Tout à fait. Je ne suis pas sûr que vous et moi soyons à la même page, bien que je crois que nous le soyons. Votre remarque portait sur le changement d'attitude du public et des gouvernements — provinciaux et fédéral — suite à l'épidémie de SRAS. Vous avez ensuite parlé d'un système de surveillance, je suis d'accord avec vous sur ce point. Il semblerait, d'après ce que vous dites, que vous pourriez beaucoup plus parvenir à un accord si vous mettiez l'accent sur les épidémies et les urgences — durant les situations de crise — plutôt que sur la question plus vaste de la santé publique généralisée, qui est le terme de référence dont vous avez parlé. Seriez-vous d'accord?

**La Dre Law:** En tant qu'ancienne sous-ministre, je suis d'accord. Ce qui m'attriste, c'est que l'on se trouve confronté à cela tout le temps au gouvernement, surtout dans le système fédéral. En passant, l'OMS a prouvé qu'en règle générale, la plupart des systèmes fédéraux rencontrent ces problèmes dans le secteur de la santé, et pas seulement au Canada.

Je trouve malheureux que l'on finisse toujours par faire quelque chose en sachant que ce n'est pas vraiment nécessaire ou que ce n'est même pas ce que le public veut. Les Canadiens comprennent la nécessité d'avoir un bon système de santé publique coordonné, mais il faut se fixer des objectifs réalisables et cela fait partie, à mon avis, de notre histoire. Personnellement, je trouve cela plutôt désolant. Au moins, on doit savoir que ce n'est pas une nécessité absolue et que l'on peut faire quelque chose maintenant sans perdre de vue ce qu'il faut faire globalement.

Quand j'étais au ministère de la Santé et du Bien-être social, j'ai toujours pensé que nous devions savoir ce qu'il fallait faire. Nous pouvions, par la suite et au fil du temps, y travailler et y apporter des modifications sans perdre de vue l'objectif global. J'espère que si votre comité devait faire des propositions au sujet de ce qu'il peut faire aujourd'hui, de ce qui est faisable, et si cela se fera par l'entremise du système fédéral-provincial, il reconnaîtrait au moins alors dans son rapport que cela ne constitue qu'une étape que beaucoup plus serait accompli si l'on s'orientait vers le genre de système de soins de santé universel que les Canadiens méritent, comprennent et veulent.

**Le président:** Merci. En tant que deux anciens sous-ministres, notre vision du monde est très similaire.

**Le sénateur Morin:** Nous supposons que les provinces s'opposeraient à un mandat plus étendu. Nous n'en savons rien pour l'instant.

**Le président:** Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Communication Canada – Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Communication Canada – Édition  
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

#### WITNESSES

**Wednesday, October 1, 2003:**

*From the Canadian Public Health Association:*

Dr. Christina Mills, President.

*From the University of Ottawa:*

Dr. Joseph Losos, Director, Institute of Population Health.

**Thursday, October 2, 2003:**

*From the Canadian Coalition for Public Health in the 21st Century:*

Ms. Elinor Wilson, Co-Chair;

Dr. Maureen Law, Member.

#### TÉMOINS

**Le mercredi 1<sup>er</sup> octobre 2003:**

*De l'Association canadienne de santé publique:*

La Dre Christina Mills, présidente.

*De l'Université d'Ottawa:*

Le Dr Joseph Losos, directeur, Institut de recherche sur la santé des populations.

**Le jeudi 2 octobre 2003:**

*De la Coalition canadienne pour la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle:*

Mme Elinor Wilson, coprésidente;

La Dre Maureen Law, membre.







1900

1901

1902

1903

1904

1905

1906

1907

1908

1909

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947







